

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

472

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 20 juillet 1896 à 1 heure

PAR

Louis CLAVAUD-RIBOURGEON

Ancien externe des Hôpitaux et de la Clinique d'Accouchements (Baudelocque)

Né à Brillac (Charente) le 6 Avril 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'HYDROPIE DE L'AMNIOS
DANS LES GROSSESSES GÉMELLAIRES

Président : M. PINARD, professeur.

Juges MM. { MARCHAND professeur.
VARNIER ET DELBET, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 20 juillet 1896 à 1 heure

PAR

Louis CLAVAUD-RIBOURGEON

Ancien externe des Hôpitaux et de la Clinique d'Accouchements (Baudelocque)

Né à Brillac (Charente) le 6 Avril 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'HYDROPIE DE L'AMNIOS
DANS LES GROSSESSES GÉMELLAIRES

Président : M. PINARD, professeur.

Juges MM. $\left\{ \begin{array}{l} \text{MARCHAND professeur.} \\ \text{VARNIER ET DELBET, agrégés.} \end{array} \right.$

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BROGA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ces discussions qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS DUPLAY, POTAIN,
TILLAUX, GERMAIN SÉE, DESNOS, CHARRIN,
P. MARIE, PIERRE DELBET, VAQUEZ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.
Chevalier de la légion d'honneur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554029_0038

AVANT-PROPOS

Durant notre séjour à la clinique Baudelocque, il nous a été donné de voir un grand nombre de femmes enceintes, et nous avons été frappé de la fréquence de l'hydramnios, soit dans les grossesses simples, soit dans les grossesses multiples. Une femme entrée à la Clinique le 13 juin 1896 a spécialement attiré notre attention par les symptômes effrayants qu'elle présentait. Cette femme venait consulter à la Clinique, mais en présence de son état général on l'admit d'urgence. Dyspnée, orthopnée, pouls petit, fréquent, amaigrissement considérable, troubles nerveux, insomnie, malaises, nausées, vomissements, tout tendait à faire porter un pronostic des plus graves. Du reste la suite confirma le bien fondé de son admission.

En face de ces accidents, notre maître, M. le professeur Pinard jugea nécessaire une intervention immédiate, et fut d'avis de provoquer l'accouchement.

Nous rapportons plus loin son observation en détail, et nous pouvons dire qu'elle a été le point de départ des recherches que nous avons faites.

Notre but n'a pas été de faire ici une histoire complète de l'hydropisie de l'amnios dans les grossesses gémellaires. Nous ne traiterons que d'une façon très succincte la question d'historique. Nous n'avons pas

voulu non plus nous étendre sur l'étiologie de l'hydramnios. Nous ne ferons que mentionner les causes les plus fréquentes auxquelles on a attribué cet accident de la grossesse, dans le seul but de montrer quelle est l'influence des grossesses gémellaires sur sa production. Du reste nombre de thèses ont été faites sur ce point.

Nous nous sommes simplement efforcé de réunir les observations que nous avons pu recueillir dans les registres de la maternité de Lariboisière, depuis 1883 jusqu'en 1889 et dans ceux de la clinique Baudelocque depuis 1889 jusqu'en juin 1896, observations qui ont été toutes prises dans le service de M. le Professeur Pinard.

Avec ces observations, nous avons voulu faire un chapitre où nous avons retracé les symptômes tels qu'ils se sont présentés ou se présentent dans l'hydropisie de l'amnios compliquant les grossesses gémellaires.

En donnant la statistique des accidents signalés dans nos observations, nous avons déduit le pronostic qu'il faut porter ou du moins tel qu'il semble ressortir de ce que nous avons rapporté.

Quelques pages sur le diagnostic et le traitement de l'hydramnios termineront ce modeste travail.

Mais auparavant, nous tenons à remercier aujourd'hui tous nos maîtres dans les hôpitaux. Si après avoir travaillé sous leur direction, nous avons quelques connaissances qui nous permettent d'entrer avec confiance dans la carrière médicale, c'est à eux que nous le devons et nous sommes convaincus que nous

avons contracté à leur égard une grande dette de reconnaissance.

Que M. le Professeur Pinard reçoive ici un témoignage spécial de notre gratitude, pour la bienveillance qu'il a toujours eue pour nous et pour le soin qu'il a apporté à nous faire profiter de tous les cas nombreux et intéressants que nous avons pu voir dans son service, en mettant toujours à notre disposition sa science et sa longue expérience, et en nous faisant, comme il le dit lui-même, « étudier l'art des accouchements dans le livre de la nature. »

Nous le remercions également d'avoir bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse.

Qu'il nous soit permis aussi d'assurer ici de toute notre reconnaissance notre oncle, le docteur Genesteix, pour la direction qu'il a su imprimer à nos études et l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

Enfin nous remercions notre excellent camarade et ami, M. Penot, étudiant en médecine, de l'empressement avec lequel il a bien voulu contribuer à nos recherches d'observations.

CHAPITRE PREMIER

Définition. — Historique.

L'hydramnios, aussi appelée hydroamnios, hydropisie de l'amnios est constituée par l'exagération dans la quantité du liquide amniotique contenu dans l'œuf humain.

L'hydramnios est une complication fréquente de la grossesse et surtout des grossesses gémellaires.

Mauriceau (1694) en cite des cas, mais il réunit sous la même dénomination d'*hydropisie de l'amnios* des affections tout à fait différentes, telles que pertes blanches et hydorrhée.

C'est à Puzos (1759) « *Traité des accouchements* » (page 85), que revient le mérite d'avoir reconnu cette complication de la grossesse : « Quand, dit-il, une « femme à six ou sept mois de grossesse paraît plus « grosse que d'autres à neuf, on peut assurer qu'elle « est grosse de plusieurs enfants ou qu'elle a une hy- « dropisie de matrice, et que sûrement elle n'ira pas « à la fin du terme ordinaire aux grossesses. »

Il cite le cas d'une hydropisie de matrice, telle « qu'il « s'écoula tant d'eau, qu'il y en eut de quoi remplir « un sceau de fayance en fort peu de temps. »

En parlant d'une grossesse il dit, « qu'il se trouva

« deux enfants assez petits que le torrent des eaux
« entraîna jusqu'au pied du lit. »

Chez une autre femme il mesura cinq pintes d'eau (1).
Il y avait un gros enfant de même poids et un délivre
de 3 livres.

De La Motte (1765) (*Traité des accouchements* T. I.
P. 436,) cite le cas « d'une femme qui accoucha avant
« terme d'un enfant mort et très petit après avoir rendu
« une si grande quantité d'eaux que non seulement la
« chambre fut inondée, mais qu'elles coulaient à ruis-
« seau dans l'escalier. »

Baudelocque (*Journal de Sédillot*, an VII), rap-
porte l'observation d'un accouchement de six mois où
il mesura 14 à 15 pintes de liquide.

Dans une autre grossesse, où il fit une ponction
quinze jours avant l'accouchement, il retira 12 litres
de liquide et en retira de nouveau 30 à 40 litres au
moment de l'accouchement.

Mercier (1812), dans le *Journal de Sédillot*, rap-
porte encore deux observations « d'hydropisie de
l'amnios » et l'attribue aux altérations du placenta et
des membranes.

Desormeaux et Dubois (1832) font dans le *Diction-
naire en 30 volumes*. (art. hydromètre), l'étude de
cette complication de la grossesse, un point de vue
des symptômes, pronostic, diagnostic et traitement.

Le Docteur Sentex (1872) (*Bulletin médical du
nord de la France*) fait dériver l'hydropisie de l'amnios
de l'amnionite.

(1) Une pinte égale 2 litres.

D'autres travaux que nous ne ferons qu'énumérer ont paru depuis sur ce sujet :

En 1876, la thèse de Guillemet.

En 1880, le mémoire de Charpentier.

En 1881, la thèse de M. Bar.

Enfin, citons l'observation rapportée par M. Tillaux (*Gazette des hôpitaux*, août 1880) et le mémoire de M. Lepage sur *la ponction de l'utérus par la voie abdominale*, publiée en 1888, et où se trouve rapportée, en détail, l'observation que nous citons plus loin, et qui a été prise, dans le service de M. Pinard, à la maternité de Lariboisière.

De notre côté, nous avons pu recueillir 42 observations. Dans plusieurs de ces observations la quantité de liquide est évaluée exactement, soit qu'elle ait été pesée, soit qu'elle ait été mesurée mais dans beaucoup de cas nous ne pouvons que mettre la mention « abondant », aucune donnée plus précise ne nous ayant été fournie, mais le terme « abondant » suppose toujours que le liquide contenu dans l'œuf était au moins de 1 kilogramme.

CHAPITRE II

Etiologie.

Avant de rapporter nos observations, nous voulons parler de l'origine du liquide amniotique, mais sans nous arrêter aux nombreuses discussions qui ont existé à ce sujet.

Nombre d'auteurs ont émis des hypothèses et ont formulé des théories, et pour avoir une idée de la diversité des opinions, disons seulement que le liquide amniotique était un produit des glandes lacrymales du fœtus pour Warthon, des glandes mammaires pour Bohn, des glandes salivaires pour Lister (DELASSUS, thèse de Paris 1881).

Suivant Bar, le liquide amniotique résulte de l'excrétion de l'urine du fœtus dans la cavité de l'amnios, de la sécrétion des glandes de la peau du fœtus, de la transsudation des parties liquides du sang fœtal à travers la veine ombilicale, lorsqu'il existe dans ce vaisseau une certaine pression, d'une sécrétion particulière de l'amnios.

Enfin, suivant le même auteur, le liquide amniotique est produit aussi par l'organisme maternel. Des liquides injectés à la mère ont transsudé à travers les membranes sans traverser le placenta, le liquide

amniotique a donc pour M. Bar en même temps une origine maternelle et fœtale.

Quant aux causes qui produisent l'hydramnios dans les grossesses gémellaires, elles sont aussi très variées. La grossesse gémellaire elle-même est une cause d'hydramnios, ainsi que nous allons le voir ; mais toutes les causes qui peuvent produire l'hydramnios dans une grossesse simple peuvent également la produire dans les grossesses gémellaires. Le froid, un traumatisme ont été accusés, M. Tillaux, dans l'observation qu'il rapporte, dit que la femme qui en fait le sujet, était très sensible au froid. La femme dont l'histoire est rapportée dans l'observation n° I accuse au contraire un traumatisme.

Dans certains cas de l'hydramnios on a trouvé des lésions du placenta (œdème, maladies des villosités choriales, dégénérescences fibrograisseuses), et des lésions des membranes. Pour Sentex il existe toujours de l'amniotite.

Enfin une stase dans la veine ombilicale, à la suite d'anomalies du cordon, produirait l'hydramnios.

La syphilis du père ou de la mère est une cause étiologique indiscutable. Cela a été prouvé par de nombreuses observations et surtout par les succès nombreux obtenus après avoir fait subir un traitement antisypilitique, aux parents suspects, avant la procréation. On a constaté l'hydramnios également chez des femmes albuminuriques, ou présentant des maladies du cœur.

La syphilis du fœtus (syphilis du poumon, gommès

du foie, hépatite syphilitique, pemphigus,) a été rencontrée dans beaucoup de cas.

On a souvent noté, dans les cas où il y avait hydramnios, des malformations des fœtus (hydrocéphalie, anencéphalie, encéphalocèle, spina bifida, bec de lièvre, pieds bots, mains botes, monstruosités), ou des vices de conformation du cœur (insuffisance de la valvule tricuspide, rétrécissement de l'artère pulmonaire), ou des vices de conformations des organes génitaux et du rectum tels que l'imperforation... etc.

Mais on a trouvé aussi toutes ces lésions sans qu'il y ait pour cela exagération dans la quantité du liquide. On peut donc se demander s'il n'existerait pas une cause qui produirait dans certains cas l'*hydramnios seule* et dans d'autres cas l'*hydramnios et ces malformations fœtales*.

Ces dernières ne seraient donc plus l'origine de l'hydramnios mais seraient produit en même temps qu'elle par cette cause.

La syphilis qui se présente toujours avec cette exagération du liquide amniotique, ne serait-elle pas ce facteur inconnu ?

Enfin, d'après les observations que nous citons, on verra que l'hydramnios est très fréquente dans les grossesses gémellaires. Sur 217 grossesses gémellaires, nous avons trouvé cette complication 42 fois ; 5 fois, il y a eu hydramnios du premier œuf, 22 fois du second, et 15 fois des deux œufs.

D'après Frankenhauser, l'hydramnios dans les grossesses doubles, serait dû à ce que, en raison de la communication des deux circulations fœtales, la pres-

sion sanguine de l'un des deux fœtus étant plus forte que celle de l'autre, produirait une stase sanguine dans le système circulatoire du dernier. Mais cette raison ne peut être invoquée dans tous les cas, car souvent il y a deux œufs avec deux placentas différents. Ainsi, dans nos quarante-deux observations, nous comptons dix-huit accouchements où il n'y avait qu'un seul placenta, mais aussi sept grossesses où il y avait deux placentas absolument distincts et onze où il y avait deux placentas réunis par un pont membraneux. Dans six autres, il n'existe aucune indication.

Aussi, les auteurs ont-ils recherché d'autres causes qui puissent produire l'hydramnios dans les grossesses gémellaires, et ils ont invoqué le développement exagéré de l'utérus ou la compression exercée par les deux fœtus l'un sur l'autre.

CHAPITRE III

Observations.

Au lieu de reporter à la fin de notre travail l'ensemble de nos observations, nous avons préféré les placer avant même le chapitre des symptômes et le chapitre du pronostic, afin de mieux rester sur le terrain de la clinique.

Notre chapitre des symptômes ne sera ainsi que le résumé de nos observations et le pronostic en découlera tout naturellement.

OBSERVATION I

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios aiguë du premier œuf.
— Accouchement prématuré au sixième mois.*

G... Marie, primipare, 29 ans, entre le 12 mars 1883, salle Sainte-Anne. Antécédents pathologiques nuls.

Pas de grossesse gémellaire dans sa famille.

Elle a été réglée à 15 ans, et l'a toujours été régulièrement

Elle ne sait à quel âge elle a marché.

Elle n'a eu qu'un seul rapport avec le père de son enfant, le 18 septembre.

Vers le troisième mois de sa grossesse, elle dit que son ventre a beaucoup grossi. Il y a deux mois, elle a fait une chute sur le dos, à la suite de laquelle son ventre a grossi encore rapidement et a continué à grossir jusqu'à aujourd'hui.

Depuis trois jours, malaises, vomissements, douleurs dans les reins, fièvre.

12 mars, soir. — Les douleurs deviennent plus fortes, ce qui décide la femme à entrer à l'hôpital.

On est tout d'abord surpris du volume et de la distension de l'abdomen. On sent à la surface de l'utérus de petites bosselures qui sont des fibromes utérins ; au palper, on a la sensation de fortes tensions.

En raison de la grande quantité de liquide, on ne peut percevoir qu'un faible ballonnement céphalique dans l'hypocondre droit.

Du côté gauche, on sent un plan résistant, et dans l'excavation, une masse dure et douloureuse, qu'on croit être une tête.

Au toucher, on arrive sur l'orifice du col qui présente une dilatation de la grandeur d'une pièce de cinq francs, et on sent une tête qui se présente en O. I. G. A. En arrière, dans la concavité du sacrum, on sent une autre extrémité.

L'auscultation est négative. La dilatation est complète à 11 heures du matin.

La poche des eaux est saillante, bombée, assez résistante. Une tête se présentant, on rompt artificiellement les membranes. Il s'écoule une quantité considérable de liquide.

La tête étant retenue par les parties molles et les contractions utérines étant insuffisantes, on fait une application de forceps. On extrait un fœtus vivant, pesant 1 kilogr.

La deuxième poche des eaux se rompt spontanément, et un deuxième fœtus se présente par le siège.

On procède à son extraction qui a lieu facilement. Il pèse 900 gr. et est vivant.

La délivrance est normale, quinze minutes après l'extraction du deuxième fœtus.

Le placenta est unique, et une cloison médiane forme deux œufs.

OBSERVATION II

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios des deux œufs. —
Accouchement au septième mois.*

Marie D..., entre à la salle de travail, le 4 avril 1883 à 5 h. 1/2 du soir. Elle est couturière, âgée de 28 ans. A déjà accouché spontanément d'un enfant à terme, il y a 7 ans. Elle a été réglée à 15 ans et toujours régulièrement. Ses dernières règles ont apparu du 16 au 20 septembre 1882. Au début de sa grossesse, elle a eu des vomissements le matin. Les premières douleurs ont commencé le 3 avril à 5 heures du soir. La dilatation est complète le 4 avril, à 6 heures du soir. A ce moment, on rompt artificiellement les membranes. Le travail a duré 14 heures. L'expulsion du premier enfant a eu lieu le 4 avril à 7 heures du soir et le deuxième à 7 heures 15. Le premier s'est présenté par le sommet O. I. D. P., le deuxième par le siège S. I. G. A. Ce sont deux garçons : le premier pèse 1.100 grammes ; le second 1150 grammes.

Le placenta est unique : le liquide amniotique est en grande quantité dans les deux œufs.

OBSERVATION III

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios du deuxième œuf. —
Accouchement au neuvième mois.*

Mme A..., couturière, 31 ans, entre à la salle de travail le 10 avril 1883 à 10 heures du soir. Constitution bonne. Bassin normal. Elle a déjà accouché deux fois spontanément et à terme. Elle est bien réglée. Les dernières règles datent du 10 août 1882.

Pendant toute sa grossesse, elle a présenté des vomissements tous les jours et même plusieurs fois par jour.

Le travail a débuté le 10 avril, à 1 heure du soir, à 11 heures la dilatation est complète.

Les membranes du premier œuf se sont rompues prématurément et spontanément à 2 heures du soir le 10 avril. A minuit 15, le 11 avril, expulsion d'un premier fœtus (garçon pesant 2.550 grammes et se présentant par le siège). On rompt artificiellement la deuxième poche, et, à 1 heure 15, expulsion d'un deuxième fœtus (garçon pesant 2.730 grammes et se présentant par le sommet).

Le travail a duré 12 heures. La délivrance a été spontanée.

Le liquide amniotique était très abondant dans le deuxième œuf, et les membranes en étaient très résistantes.

OBSERVATION IV.

Grossesse gémellaire. — Hydramnios des deux poches. — Accouchements au septième mois.

Mlle Eugénie G., couturière, âgée de 26 ans, entre à la salle de travail le 31 mai 1883, à 2 heures du matin. Il y a treize mois, elle a accouché prématurément, à sept mois, d'un enfant qui s'est présenté par le sommet. Elle a été réglée à quatorze ans, et l'a toujours été régulièrement depuis. Ses dernières règles datent du 12 au 16 novembre 1882. Les premières douleurs ont commencé le 30 mai à minuit ; la dilatation a été complète le 31 mai à 5 heures du matin. A ce moment on pratique la rupture artificielle de la première poche. Le 31 mai, à 6 heures du matin, expulsion d'un premier fœtus qui se présentait par le siège complet (S. I. G. A). On rompt la deuxième poche. Le deuxième fœtus expulsé à 7 heures se présentait par le sommet. O. I. G. A. La durée totale du travail est donc de sept heures. Ce sont deux garçons, pesant le premier 1340 gr. le second 1290 grammes. Le premier a vécu 24 heures. Le deuxième a vécu deux heures seulement.

Le placenta unique s'est présenté par un de ses bords. Le liquide amniotique est évalué à trois litres environ. Aucun accident à noter pendant la grossesse.

OBSERVATION V.

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios. — Syphilis. —
Accouchement au septième mois.*

Mme W...., entre à la salle de travail, le 22 janvier 1884. Elle est couturière, âgée de 24 ans. Elle a eu déjà deux enfants à terme qui se sont présentés par le sommet. Elle a été toujours bien réglée. Elle présente un bassin normal.

Ses dernières règles datent du 12 juillet. Elle a eu la syphilis.

Les premières douleurs ont commencé le 22, à midi ; à 4 heures, dilatation complète. Rupture spontanée des membranes à ce moment. L'enfant se présente par le sommet et est expulsé à 8 heures du soir. Le deuxième, cinq minutes après.

Durée totale du travail 8 heures.

Les deux enfants du sexe masculin sont macérés. Le premier pèse 730 grammes et le deuxième 420 gr.

Le placenta est unique. Une seule poche existe. Le liquide amniotique est abondant, épais et noirâtre.

OBSERVATION VI

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios du deuxième
œuf. — Accouchement au neuvième mois.*

Mme L... entre à la salle de travail le 11 juillet 1884, à 10 heures du matin. Elle est lingère, âgée de 28 ans. Elle a eu déjà un premier enfant à terme qui s'est présenté par le sommet.

Elle a été toujours bien réglée, et présente un bassin normal.

Elle a eu ses dernières règles le 22 octobre. Aucun accident n'est à signaler dans tout le cours de sa grossesse. Les premières douleurs ont commencé le 10 juillet à 10 heures du soir. La dilatation est complète le 11 juillet, à 11 heures 30 du matin. La rupture des membranes a eu lieu spontanément pour le premier œuf à 7 heures du matin, le 11 juillet, et a été artificielle pour le deuxième œuf à midi.

La durée totale du travail a été de 16 heures 30. Les deux enfants sont du sexe féminin. Le premier pèse 2350 gr., le deuxième 2550 gr.

Il y a deux placentas. Le liquide du premier œuf est normal. Celui du deuxième est très abondant.

OBSERVATION VII

Grossesse gémellaire avec œdème. — Hydramnios de la deuxième poche. — Accouchement au huitième mois.

Marguerite H..., primipare, ménagère, âgée de 25 ans, entre à la salle de travail le 2 février 1885, à 5 heures du matin. Elle est d'une bonne constitution et présente un bassin normal.

Elle a toujours été très bien réglée. Ses dernières règles datent du 30 mai 1884. Pendant sa grossesse, elle a présenté et présente encore un œdème très marqué des membres inférieurs sans avoir cependant d'albumine dans les urines. Les premières douleurs ont apparu le 2 février à cinq heures du matin. La dilatation est complète le 3 février, à 8 heures 1/2 du matin. A ce moment a lieu la rupture spontanée de la première poche. L'expulsion a lieu à 9 heures pour le premier enfant et à 9 heures 10 pour le second après rupture artificielle des membranes du deuxième œuf. Ce sont deux filles : toutes les deux se présentaient par le sommet, la première en O. I. D. A., la seconde en O. I. G. A. Le poids de la première est de 1870 grammes ; celui de la seconde de 2100 grammes. La première a vécu sept jours ;

la seconde est sortie de la clinique en bon état; élevée au sein par la mère, elle a été revue à la fin de mars et présentait de l'athrepsie. Le placenta est unique avec une cloison médiane. Le liquide amniotique est abondant dans la deuxième poche seulement.

OBSERVATION VIII

Grossesse gémellaire. — Avortement à quatre mois. — Hydramnios du deuxième œuf.

Joséphine G..., ménagère, âgée de 33 ans, entre le 8 février 1885, à 9 heures du matin, à la salle de travail. Elle est bien constituée. Elle a déjà eu deux accouchements prématurés à sept mois; le premier enfant à 27 mois; le second a vécu deux jours. Elle a été toujours bien réglée; ses dernières règles datent du 25 septembre 1884. Pendant sa grossesse elle n'a eu aucune complication. Les premières douleurs ont apparû le 8 février, à 9 heures et demie du matin. La rupture spontanée des membranes de la première poche, a lieu à 10 heures, ainsi que l'expulsion du premier fœtus; la rupture de la deuxième poche et l'expulsion du second fœtus, ont lieu à 10 heures et quart. La durée totale du travail est donc de 1 heure. Ils se présentaient tous les deux par le siège, avec procidence du bras et du cordon pour le premier fœtus. Ce sont deux garçons: le premier pesant 390 gr. est macéré; le second pesant 400 gr. est vivant mais est mort quelques instants après. La masse placentaire est unique avec une cloison médiane. Le liquide amniotique de la première poche est rosé; celui de la deuxième de couleur normale est en grande quantité.

OBSERVATION IX

Grossesse gémellaire. — Hydramnios des deux œufs. — Accouchement au neuvième mois.

Aimée G..., ménagère, âgée de 27 ans, entre à la salle de

travail, le 6 mars 1883, à 5 heures et demie du matin. Constitution bonne. Bassin normal. Elle a déjà eu 3 enfants à terme, ses règles toujours irrégulières ont apparu pour la dernière fois, le 24 juin 1884. Elle a eu durant sa grossesse de très grands malaises. Le travail a commencé le 5 mars, à 11 heures du soir. La dilatation était complète à son arrivée. Il y a eu rupture spontanée de la première poche, le 5, à 11 heures du soir. On a dû pratiquer la rupture artificielle de la deuxième le 6 mars à 6 heures du matin. L'expulsion spontanée des deux enfants a eu lieu à 5 heures et demie du matin pour le premier qui se présentait par le siège S. I. G. A. et à 6 heures du matin pour deuxième qui se présentait par le sommet. O. I. D. P. La durée totale du travail est de sept heures. Ce sont deux garçons, vivants ; le premier pesant 2650 gr., le second 2150 gr. La masse placentaire est unique et présente une cloison médiane. Le liquide amniotique est abondant dans les deux poches.

OBSERVATION X

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios du deuxième œuf. —
Accouchement au huitième mois.*

Le 28 mars 1885 entre à la salle de travail, R..., cuisinière qui était à l'hôpital depuis le 9 du même mois. Elle est âgée de 28 ans. Constitution bonne. Bassin normal.

Elle a déjà eu un accouchement spontané et à terme. Elle a été toujours bien réglée. Ses dernières règles datent du 20 juillet. Aucun accident pendant sa grossesse. Elle a commencé à souffrir le 26 à 10 heures du matin.

La dilatation est complète à 10 heures 45 du soir. La rupture des membranes est prématurée et a lieu à 7 heures du matin pour le premier œuf.

Le premier fœtus est expulsé (le 26 mars) à 10 heures 50 le soir.

A 10 heures 55, on rompt les membranes du deuxième œuf et le deuxième fœtus est expulsé à 11 heures.

Le premier se présentait en O. I. G. A. le second en O. I. D. P.

Le travail a duré 13 heures.

La délivrance a été naturelle et a eu lieu à 10 heures 30.

Le premier enfant est une fille qui pèse 2.300 gr. Le deuxième enfant est un garçon et pèse 2.350 gr. Tous deux sont partis bien portants.

Il y avait deux placentas séparés par une cloison formée par l'amnios et le chorion. Le liquide amniotique est abondant dans la deuxième poche seulement.

OBSERVATION XI

Grossesse gémellaire. — Hydramnios de la première poche.

A — Accouchement au neuvième mois. — Enfants syphilitiques.

Le 11 juin 1886, E. P..., entre à la salle de travail à 11 heures 30 du matin. Elle est domestique, âgée de 27 ans. Elle présente une bonne constitution et un bassin bien constitué.

Elle a accouché déjà spontanément d'un enfant qui s'est présenté par le sommet. Elle est habituellement bien réglée. Ses dernières règles datent du 10 septembre. Aucun accident à noter pendant la grossesse. Les douleurs ont commencé le 10 juin à 11 heures du soir.

La dilatation est complète le 11 à 2 heures du soir. A ce moment, on rompt les membranes du premier œuf. L'expulsion du premier fœtus a lieu à 2 heures 30.

On rompt les membranes du deuxième fœtus, l'expulsion a lieu à 3 heures 30.

Le premier enfant se présentait par le sommet en O. I. G. A.

le deuxième par le siège. Mais on pratique la version par manœuvres externes et on le ramène en O. I. D. P.

Ce sont deux garçons. Le premier pèse 2.100 gr. ; le second 2.320 gr. La délivrance est naturelle à 4 heures.

Il y a deux placentas absolument distincts. Le liquide amniotique est abondant et vert dans la première poche, normal dans la deuxième. Le premier enfant a eu du pemphigus aux mains et aux pieds vers le huitième jour (syphilis), et est mort le 4 juillet. Le deuxième est parti avec sa mère en présentant aussi des lésions de syphilis.

OBSERVATION XII

Grossesse gémellaire, — Hydropisie de l'amnios de l'un des deux œufs. — Ponction et évacuation de dix litres de liquide. — Accouchement prématuré à 6 mois.

(Observation de M. LEPAGE).

La nommée C... Marie, âgée de 34 ans, ménagère, entre le 25 juin 1886 à la Maternité de Lariboisière.

Elle a eu 4 accouchements spontanés et à terme.

Enceinte pour la cinquième fois en 1886 elle a eu ses dernières règles le 18 janvier. Depuis elle n'a jamais perdu ni sang ni eau. Vers le 24 avril elle s'aperçut que son ventre prenait un développement rapide, et depuis ce moment ce développement continue. Elle éprouve depuis, des douleurs très vives au niveau des hypochondres, douleurs qui sont devenues tellement intenses que depuis un mois, elle ne peut dormir.

Urine moins abondante. Miction facile. Constipation opiniâtre.

La respiration est gênée, surtout depuis trois semaines pendant la marche ou l'ascension d'un escalier.

A l'entrée de la femme à la Maternité, on ne constate ni œdème

des membres inférieurs, ni la présence de l'albumine dans l'urine. Le ventre est très développé. La circulation collatérale est assez développée surtout à la région sus-ombilicale.

Pas de vergeture. La peau est tendue et la dépression ombilicale a disparu.

Par la percussion on constate de la matité sur toute la paroi antéro-latérale de l'abdomen.

Il n'y a de résonnance que dans la région épigastrique et de chaque côté au niveau des flancs.

Le palper ne fait reconnaître aucune partie fœtale le 24 juin, alors que le 21 M. Lepage à la consultation avait obtenu nettement le ballottement et entendu les pulsations fœtales. Mais depuis ce moment la tumeur a considérablement augmenté. Les battements du cœur sont difficilement perçus.

Au toucher M. Picard constate que le col est ramolli, fortement porté en avant près de sa symphyse pubienne, mais que le segment inférieur n'est pas tendu comme il devrait l'être dans un cas de grossesse simple avec hydropisie de l'amnios. Aucune contraction ne peut être perçue.

La dyspnée n'étant pas très intense et le principal accident étant l'insomnie, M. Pinard se contente de soumettre la femme au régime lacté et prescrit 2 gr. d'iodure de potassium par jour, mais sans fonder beaucoup d'espoir sur cette médication.

Il n'a recours à aucune intervention dit-il, car il ne pourrait la préciser, ne sachant encore si c'est une grossesse simple coexistant une tumeur ou une grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios de l'un des œufs.

Le seul effet apparent du traitement est l'augmentation de la quantité des urines.

Mais la femme souffre continuellement, elle ne peut dormir un instant, reste debout ou assise nuit et jour ; la défécation est impossible.

Le 30. Les douleurs sont telles que cette femme pleure cons-

tamment. On lui fait des injections de morphine (0,04 centigr. par jour).

La situation devient intolérable et M. Pinard se décide à intervenir le 1^{er} juillet.

La circonférence de l'abdomen prise au niveau de l'ombilic est de 109.

A l'examen, le 1^{er} juillet, le palper pratiqué avec le plus grand soin ne permet de reconnaître qu'un balotement léger perçu au-dessous de l'ombilic. La consistance est partout la même, tellement la paroi abdominale est tendue.

Au toucher le col est ramolli, et le ballotement facilement perçu.

Les membranes en contact avec le doigt à l'orifice interne ne sont nullement tendues. Aussi M. Pinard préfère pratiquer une ponction en enfonçant un trocart n° 2 de l'appareil Potain à 8 cent. à gauche et au-dessous de l'ombilic.

Il s'écoule un liquide citrin. Lorsque 5 litres de liquide ont été ainsi retirés on sent l'utérus se contracter, et au fur et à mesure que l'évacuation continue on sent les parties fœtales, et bientôt on peut sentir deux têtes dans l'utérus.

On évacue 10 litres 1/2 de liquide amniotique. Après cela on applique du collodion sur l'orifice externe de la ponction, et un bandage ouaté compressif autour du ventre.

Pas de vomissements dans l'après-midi. Les urines sont sanguinolentes.

Le 2 juillet : T. 36.6, soir : T. 37. Etat général bon.

3 juillet : T. 36.6, soir : T. 37.

Par le palper, on constate la présence de deux têtes au fond de l'utérus. Un seul foyer d'auscultation existe à droite.

La femme demande à sortir le 13 juillet vu son état satisfaisant.

Elle marche très bien; son ventre n'augmente plus.

Le 20 juillet à 3 heures du soir, se promenant au bois Vincennes, elle est prise de douleurs, monte en voiture pour venir

à l'hôpital, et à 4 heures 1/2 expulse un fœtus ascitique et œdématisé pesant 1450 gr. et se présentant par le siège. A 6 heures 30, la deuxième poche se rompt spontanément. Le second fœtus est expulsé macéré. Il pèse 1000 gr. La délivrance se fait spontanément à 6 heures 30.

Le placenta volumineux est unique. La cloison est formée de 4 membranes. Celles-ci sont intactes.

Sur les membranes du deuxième œuf on voit à 10 cent. du bord placentaire un orifice arrondi qui a été fait par le trocart.

OBSERVATION XIII

Grossesse gémellaire avec hydramnios des deux poches. — Cystocèle. — Rupture prématurée des membranes. — Accouchement au neuvième mois.

Le 25 novembre 1886, entra à la salle de travail E. R..., qui est dans le service depuis le 28 septembre. Elle est domestique; âgée de 27 ans. Elle présente une bonne constitution. Le bassin est normal. Elle a eu un premier enfant qui s'est présenté par le sommet. L'accouchement a été spontané. Elle a été toujours bien réglée. Ses dernières règles ont eu lieu le 15 mars

Pendant sa grossesse elle a présenté une cystocèle.

Les douleurs ont commencé le 25 novembre, à 6 heures du soir. La dilatation est complète à minuit. La rupture des membranes a été prématurée. Elle a eu lieu spontanément, le 17 novembre à 3 heures du matin. L'expulsion du premier enfant a eu lieu le 25, à minuit 15'; celle du deuxième à minuit 30'.

Le premier se présentait en O. I. D. P., le deuxième en O. I. G. A. Le travail a duré 6 heures 30. La délivrance a été naturelle et a eu lieu dix minutes après l'expulsion du deuxième enfant.

Le premier enfant pèse 2.430 gr. le deuxième 2.350 gr. Le placenta est unique avec une cloison médiane et s'est présenté par la face fœtale. Le liquide amniotique est abondant dans les deux poches. Le premier enfant est mort le surlendemain, le deuxième le 22 décembre.

OBSERVATION XIV

Grossesse gémellaire. — Hydropisie de l'amnios des deux œufs. — Albuminurie. — Accouchement au huitième mois.

Le 2 décembre 1886. M..., entre à la salle de travail. Elle est plumassière, âgée de 36 ans. Elle présente un bassin normal. Elle a eu déjà 3 accouchements gémellaires. Rien à noter. 2 enfants sont encore vivants. L'un a été élevé au sein, l'autre au biberon par sa mère. Les autres nourris au biberon par la mère sont morts.

Elle a ses règles très irrégulièrement. Elle a eu ses dernières, le 8 avril. Sa grossesse en est donc au huitième mois.

Elle présente de l'œdème des membres inférieurs.

Les premières douleurs ont commencé à 1 heure du soir. La dilatation est complète à l'arrivée de la femme et la rupture des membranes se fait spontanément.

Le premier enfant est expulsé à 7 heures 30, le deuxième à 8 heures 30. Le premier se présentait en O. I. D. P., le second en S. I. G. A.,

Le travail a duré 7 heures 30.

La délivrance a été spontanée, et a eu lieu aussitôt après. Les deux enfants sont du sexe féminin. La première fille pèse 1.700 gr., la deuxième 1.690 gr.

Le placenta est formé par deux masses reliées par un pont membraneux. La cloison est formée par deux chorions, deux amnios et des débris de caduque.

Le liquide amniotique était abondant

Les deux enfants sont morts, le premier le deuxième jour après sa naissance, le second, le vingt-et-unième jour.

OBSERVATION XV

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios. — Rectocèle. —
Accouchement au huitième mois.*

Le 5 janvier 1887, V. R..., ménagère, âgée de 28 ans, entre à la salle de travail.

Constitution bonne. Bassin normal. Elle a été toujours bien réglée. Elle a eu ses dernières règles le 17 mai.

Les douleurs ont commencé le 5 janvier à 8 heures du soir.

La dilatation est complète le 6, à midi 30. La rupture des membranes a été spontanée le 5 janvier, à 10 heures du matin. Le travail a duré 17 heures.

Le premier enfant a été expulsé à 1 heure du soir, le 6 janvier, le deuxième à une heure 45. Le premier se présentait en O. I. G. P. le second, en S. I. D. A. Ce sont deux garçons.

La délivrance a eu lieu 30 minutes après l'expulsion du deuxième fœtus. Le placenta est formé par deux masses réunies par un pont membraneux. Le liquide amniotique était très abondant dans les deux œufs.

Le premier enfant n'a vécu que 4 jours. Le second va bien à sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XVI

*Accouchement gémellaire. — Rétrécissement du bassin. —
Diamètre promonto-sous-pubien, 8 cent. — Syphilis: —
Hydramnios de la deuxième poche. Accouchement à la fin
du septième mois.*

M. V..., domestique, 27 ans, entre à la salle de travail, le

13 janvier 1887, à 7 heures du soir. Constitution bonne. Bassin rétréci Diam. Pr. S. P. 8 cent.

Elle a déjà été enceinte en 1882. On a provoqué au sixième mois l'accouchement à l'hôpital de Lourcine. Elle est bien réglée. Ses dernières règles datent du 15 juin.

Les douleurs ont commencé le 17 janvier, à 3 heures du soir. A 1 heure 30 du matin, le 18, la dilatation est complète. On rompt à ce moment les membranes. A 2 h. 30, expulsion d'un premier fœtus, garçon, 1220 gr., qui se présentait en O. I. G. A. A 3 heures 30, expulsion du deuxième garçon, 1350 gr., qui se présentait en O. I. D. P. Les deux sont morts et macérés.

La délivrance se fait naturellement une heure 30 après l'expulsion du deuxième fœtus.

Il y a deux masses placentaires reliées par un pont membraneux. Le liquide amniotique est épais, noir et fétide. Il y en a deux litres environ.

OBSERVATION XVII

Grossesse gémellaire. — Hydramnios du premier œuf.

M... blanchisseuse, 38 ans entre à la salle du travail le 21 février 1887, à 11 heures du soir. Constitution bonne.

Bassin normal. A eu déjà 4 grossesses. A toujours accouché spontanément et à terme. Elle est bien réglée. Elle ignore la date de ses dernières règles. Elle a toujours eu de légères hémorrhagies à l'époque où elle aurait dû avoir ses règles.

Le travail a commencé le 21 à 10 heures du soir. La dilatation est complète à 11 heures 30.

La rupture des membranes a été spontanée pour la première poche le 21 à 10 heures du soir, artificielle pour la deuxième à 1 heure 35 du matin, le 22.

Le premier fœtus (fille, 2170 grammes) se présentait en O. I. G. A. et a été expulsé à 11 heures 30 du soir le 21. Le second (fille, 2500 gr.), se présentait en S. I. D. A. et a été expulsé à 2 heures 30 du matin le 22.

La délivrance s'est faite naturellement, à 3 heures du matin.

Le placenta est formé par deux masses réunies par un pont membraneux.

Le liquide amniotique était très abondant dans la première poche.

OBSERVATION XVIII

Grossesse gémellaire. Hydramnios du deuxième œuf, accouchement au neuvième mois.

N. V. mécanicienne, 35 ans, entre à la salle de travail le 2 avril 1887 à 1 heure 40 du matin. Constitution bonne. Bassin normal. Bien réglée ordinairement. Dernières règles du 18 au 25 juillet, 1886. A présenté de l'albuminurie pendant sa grossesse.

Le travail a commencé le 1^{er} avril 1887 à 8 heures du soir.

La dilatation est complète à 4 heures 15 du matin.

La rupture des membranes du premier œuf a été artificielle à 4 heures 20, de même pour le deuxième œuf à 4 heures 30 du matin.

Le premier fœtus (fille, 2480 gr.) se présentait en S. I. D. P. Il a été expulsé, à 4 heures 25.

Le deuxième fœtus (fille, 1920 gr.) se présentait en O. I. G. A. Il a été expulsé à 4 heures 35. Etat général bon pour les deux enfants.

Le travail a duré 8 heures 30.

La délivrance a été naturelle à 4 heures 40 matin.

Le placenta est unique. Le liquide amniotique est très abondant dans la deuxième poche.

OBSERVATION XIX

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios du deuxième œuf. —
Accouchement au huitième mois.*

J. P..., ménagère, 26 ans, entre à la salle de travail, le 5 avril 1887, à 4 heures du soir. Bonne constitution. Bassin normal. A déjà accouché une fois spontanément et à terme. Toujours bien réglée. Ses dernières règles datent du 20 août.

Le travail a commencé à 1 heure du soir. La dilatation est complète à son arrivée. On rompt artificiellement les membranes de la première poche à 4 heures 30, et celles de la seconde à 5 heures 5.

Le premier fœtus (garçon, 1880 gr.) est expulsé à 5 heures.

Le deuxième fœtus (fille, 2050 gr.) est expulsé à 6 heures.

Les deux se sont présentés par le sommet.

Le travail a duré 5 heures. La délivrance s'est faite naturellement à 6 heures 30 du soir.

Le placenta est unique. Une cloison sépare les deux œufs.

Le liquide amniotique est normal dans la première poche, abondant dans la seconde. Les enfants vont bien à leur sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XX

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios du deuxième œuf. —
Accouchement au neuvième mois.*

E. L..., blanchisseuse, 28 ans, entre à la salle de travail, le 12 juillet 1887, à 9 heures du soir. Constitution bonne. Bassin normal. Elle a déjà accouché quatre fois, spontanément et à terme. Elle est bien réglée. Ses dernières règles datent du 10 octobre.

Cette femme présente un œdème sus-pubien et des membres inférieurs très prononcé.

Le travail a commencé le 12 juillet à 7 heures du soir.

La dilatation est complète à 1 heure du matin, le 13.

La rupture des membranes est spontanée à 10 heures du soir, le 11 juillet.

Le premier fœtus (garçon pesant 3030 gr.) est expulsé le 13 à 1 heure 30 du matin.

Le deuxième (fille, pesant 3550 gr.) est expulsé à 2 heures du matin. Tous les deux se sont présentés par le siège. Pour le deuxième, on a fait une version par manœuvres externes et il s'est présenté en O. I. D. T.

Le travail a duré 6 heures 30.

La délivrance s'est faite naturellement, 50 minutes après l'expulsion du deuxième fœtus.

Le placenta était constitué par deux masses reliées par un pont membraneux. La cloison était formée par quatre membranes.

Le liquide amniotique est abondant dans la deuxième poche seulement.

OBSERVATION XXI

Grossesse gémellaire. — 1500 gr. de liquide. — Hydramnios deuxième poche. — Accouchement au neuvième mois.

H..., ménagère, 35 ans, constitution bonne, entre à la salle de travail, le 27 janvier 1888, à 7 heures du soir. A noter le promontoire accessible. A déjà accouché spontanément et à terme. Toujours bien réglée. Ses dernières règles datent du 25 mai.

Dans le courant du 6^e et du 7^e mais elle a perdu du sang en petite quantité et à plusieurs reprises.

Le travail a commencé le 28 à 4 heures du matin. La dilatation est complète à 5 heures 10 du soir.

On rompt artificiellement les membranes de l'œuf lorsque la dilatation est grande comme une paume de main.

Le premier fœtus (fille pesant 2320 gr.) est expulsé à 5 h. 20.

Le deuxième fœtus (fille pesant 1770 gr.) est expulsé à 5 h. 40.

Les deux se sont présentés par le sommet. Le travail a duré 13 heures. La délivrance s'est faite naturellement 30 minutes après l'expulsion du second.

La placenta est unique. La cloison est formée de quatre membranes (2 cloisons et 2 amnios).

Le liquide amniotique est normal dans le premier œuf et est de 1500 gr. dans le second.

OBSERVATION XXII

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios du deuxième œuf.
Accouchement du huitième mois.*

Mme E... domestique, bonne constitution, entre à la salle de travail le 9 février à huit heures du matin. Bassin normal. C'est une primipare, toujours bien réglée. Ses dernières règles sont du 18 juin.

Le travail a débuté le 8 février à 6 heures du soir. La dilatation est complète le 9 février à 9 heures 30. On a rompu artificiellement les membranes à la dilatation complète.

Le premier fœtus (garçon 1870 gr.) a été expulsé à 11 h. 45.

Le deuxième fœtus (garçon 1920 gr.) à midi.

Les deux se sont présentés par le sommet l'un en O. I. G. A. l'autre en O. I. D. P.

La délivrance a eu lieu naturellement une heure après l'expulsion du second.

Le placenta est formé de deux masses réunies par un pont

membraneux. La cloison est formée de deux chorions et de deux amnios. Le liquide amniotique est abondant seulement dans la deuxième poche.

OBSERVATION XXIII

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios du deuxième œuf. —
Accouchement au neuvième mois.*

G..., domestique, bonne constitution. Entre à la salle de travail le 7 avril à 1 heure du matin. Bassin normal. Elle a déjà accouché deux fois spontanément et à terme. Bien réglée. Les dernières règles datent du 3 août 1887.

Elle présente un œdème notable aux membres inférieurs et à la région sus-pubienne.

Le travail a débuté à 9 heures du matin. La dilatation est complète à midi 35. On rompt les membranes du premier œuf à 10 heures 35. Le premier fœtus (garçon 2.370 grammes) est expulsé à 1 heure du soir.

Le deuxième fœtus (fille 2.550 grammes) est expulsé à 1 heure 20. Etat général bon.

Le premier s'est présenté en O. I. D. T. Le second en S. I. G. P.

Le placenta est formé de deux masses réunies par un pont membraneux. La cloison est formée de 4 membranes.

Le liquide amniotique est abondant pour les deux œufs.

OBSERVATION XXIV

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios du deuxième œuf. —
Accouchement au neuvième mois.*

D..., sans profession. Constitution bonne. Entre à la salle de travail le 20 avril 1888. Bassin normal.

Elle a accouché une première fois prématurément à 7 mois. Elle est mal réglée. Ses dernières règles sont du 17 août. Aucun accident pendant sa grossesse.

Le travail a débuté le 20 avril à 2 heures du matin. La dilatation est complète à 2 heures 30. A ce moment les membranes se rompent spontanément.

Le premier fœtus (filles pesant 1.980 grammes) est expulsé à 3 heures.

Le deuxième fœtus (filles pesant 1.910 grammes) est expulsé à 3 heures 15.

Les deux se sont présentés par le sommet. Le placenta est unique. La cloison est formée par deux amnios, deux chorions et des débris de caduque.

Le liquide amniotique est abondant dans le deuxième œuf. Le premier enfant est bien portant. Le second est mort le 23 avril.

OBSERVATION XXV

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios des deux œufs. —
Edème sus-pubien et des membres inférieurs pendant la
grossesse.*

R..., âgé de 26 ans, de bonne constitution, entre à la salle de travail le 18 mai 1888 à 3 heures 1/2 du soir. Elle a déjà eu trois accouchements normaux. Elle a toujours été bien réglée, mais elle ignore la date de ses dernières règles puisqu'elle allaitait encore son dernier enfant. Pendant sa grossesse actuelle elle a eu de l'œdème sus-pubien, ainsi que des membres inférieurs. Les premières douleurs ont apparu le 18 mai à 9 heures du matin; la dilatation a été complète à 6 heures du soir. On a pratiqué la rupture artificielle des membranes de la première poche à ce moment, et l'accouchement spontané du premier

enfant a lieu à 6 heures et quart. A 6 heures et quart, on pratique la rupture artificielle de la deuxième poche et l'accouchement se termine à 6 heures et demi. La durée totale du travail a été de 10 heures et demie. Les deux enfants du sexe féminin se présentaient par le sommet le premier en O. I. D. P. le second en O. I. G. A. Le premier pesant 2430 gr. est en bon état ; le second pesant 2100 grammes est mort 6 heures après. Il existe une seule masse placentaire avec une cloison formée de quatre membranes. Le liquide amniotique est abondant pour les deux œufs.

OBSERVATION XXVI.

*Grossesse gémellaire. — Hydropisie dans le deuxième œuf.
— Accouchement au neuvième mois.*

P..., journalière, de bonne constitution, âgée de 32 ans, entre à la salle de travail le 23 mai 1888 à 8 heures du soir. La conformation du bassin est normale. Elle a déjà eu quatre accouchements, dont le premier gémellaire. Elle a toujours été bien réglée ; ses dernières règles datent du 25 août. Elle n'a pas eu de complications au cours de sa grossesse. Les premières douleurs apparaissent le 24 à 1 heure du matin. La dilatation est complète à 11 heures. On pratique la rupture de la première poche à 10 heures 50. Le premier enfant du sexe féminin pesant 1750 gr. a été expulsé à 11 heures et se présentait par le siège complet. La rupture artificielle de la deuxième poche est pratiquée à 11 heures 10. Le second du sexe masculin pesant 2230 gr. se présente par le sommet avec procidence des deux bras. On fait une application de forceps pour ralentissement des bruits du cœur et inertie utérine, et on retire à 11 heures 30 l'enfant en état de mort apparente. On le ranime sans avoir recours à l'insufflation. La durée totale

du travail a donc été de 10 heures et demie. On place les deux enfants dans une couveuse et tous les deux meurent d'érysipèle ombilical.

Il n'y a qu'un seul placenta avec une cloison de séparation formée de quatre membranes (deux amnios et deux chorions).

Le liquide amniotique de la première poche est normal ; celui de la deuxième est abondant.

OBSERVATION XXVII

Grossesse gémellaire. — Hydamnios de la deuxième poche. — Accouchement au neuvième mois.

B..., blanchisseuse âgée de 24 ans, entre à la salle de travail le 24 octobre 1888 à 8 heures du matin. A déjà eu un accouchement normal. Elle a toujours été bien réglée. Ses dernières règles datent de fin janvier 1888, n'a pas eu complications de la grossesse. Les premières douleurs ont apparu le 24 septembre à 3 heures du matin.

La dilatation était complète à son arrivée. Il y a eu rupture spontanée des membranes de la première poche ; on pratique la rupture artificielle de la seconde. Le premier fœtus, (fille pesant 2.180 gr.) est expulsé spontanément à 8 heures. Il se présentait par le sommet. De même le second (fille pesant 2.870 gr. qui est expulsé à 8 heures et demie. La durée totale du travail a été de 5 heures et demi. Le liquide amniotique est abondant dans la deuxième poche.

OBSERVATION XXVIII

Grossesse gémellaire. — Hydamnios des deux œufs. — Accouchement au neuvième mois.

C..., chemisière, entre à la salle de travail le 5 janvier 1890

à 10 heures du matin. Rien dans les antécédents héréditaires. Elle a marchée à 18 mois, toujours bien depuis. Elle a été réglée à 15 ans, toujours irrégulièrement. Elle a eu trois accouchements spontanés et à terme et 1 avortement d'un mois et demi.

Ses dernières règles sont du 20 avril 1889.

Elle souffre beaucoup, et depuis longtemps dans l'hypochondre droit. Elle présente un œdème notable aux membres inférieurs et aux mains, sans albuminurie.

Un enfant se présente en O. I. D. T. Un autre en S. I. G. A. Le bassin est normal. L'auscultation ne permet pas d'entendre les bruits du cœur de chaque fœtus.

Le travail a débuté à midi, le 5 janvier. La dilatation est complète à 8 heures 30 du soir. La rupture des membranes a été prématurée et spontanée le 5 janvier à 9 heures du matin pour le premier œuf, artificielle à 9 heures 15 du soir pour le deuxième œuf.

Le premier enfant (filles 2.260 gr.) est expulsé à 3 heures du soir, le second (filles 2.470 gr.) à 10 heures.

La délivrance s'est faite naturellement 30 minutes après l'expulsion du deuxième fœtus. Le placenta était formé par deux masses réunies par un pont membraneux.

Le liquide amniotique était abondant dans les deux œufs. Le premier enfant est sorti bien portant de la clinique. Le second était mort-né.

OBSERVATION XXIX

Grossesse gémellaire. — Hydropisie de l'amnios des deux œufs. — Accouchement au huitième mois.

E. P..., sans profession, entre à la salle de travail le 25 septembre 1890, à 3 heures du soir. Rien dans les antécédents

héréditaires physiologiques et pathologiques. Elle a marché. Elle a été réglée à 15 ans, et toujours régulièrement.

Elle a eu 5 accouchements spontanés et à terme.

Ses dernières règles datent du 20 février. Elle est au début du huitième mois. L'utérus mesure 43 centimètres.

Œdème léger des parois de l'abdomen, sans albuminurie. Le ventre est très distendu par le liquide. Le palper ne peut fournir que des renseignements incertains. A l'excavation, on sent cependant une partie fœtale qui est la tête. Les parois de l'abdomen sont aussi très sensibles. On n'entend pas les bruits du cœur de chaque fœtus, mais on entend les mouvements actifs.

Le travail a débuté le 25 septembre, à 7 heures du matin. La dilatation est complète le 26 à 1 heure 30. La rupture, des membranes, pour le premier œuf artificielle a lieu à 1 heure 30 du matin, le 26 ; pour le deuxième œuf, elle est spontanée et a lieu à 2 heures du matin.

Le premier enfant (garçon pesant 1.580 gr.,) est expulsé en O. P., à 1 heure 40. Le deuxième (fille pesant 1.650) est expulsée en présentation des pieds, à 2 heures 5'. Le garçon est sorti bien portant de la clinique. La fille n'a vécu que quelques heures, après sa naissance. Le travail a duré 31 heures.

Le placenta est unique, et est expulsé à 2 heures 20 du matin, le 26 septembre. Les deux œufs sont séparés par une cloison.

Le liquide amniotique était très abondant dans les deux œufs.

OBSERVATION XXX

Grossesse gémellaire. — Albuminurie. — Hydramnios des deux œufs. — Accouchement au huitième mois.

J. G..., cuisinière, entre à la salle de travail le 12 mars

1890 à 8 heures du matin. Antécédents héréditaires nuls. A marché à deux ans 1½. Réglée à 12 ans, toujours bien depuis. Scarlatine à 18 ans.

A eu 3 accouchements spontanés, à terme.

Les dernières règles sont du 12 mars. La hauteur de l'utérus est de 41 cent.

Elle a eu des nausées et des vomissements par intervalles durant toute sa grossesse.

Elle présente un œdème considérable de l'abdomen et des membres inférieurs, avec albumine dans l'urine.

Le travail a débuté le 12 à deux heures du matin. La dilatation est complète à son entrée, à 8 heures.

La rupture des membranes est spontanée pour le premier œuf, à 7 heures 55. A 8 heures 15 expulsion d'un premier enfant, (filles pesant 1.860 gr.) qui s'est présentée par le sommet. A 8 heures 25, rupture artificielle des membranes du deuxième œuf. A 8 heures 40, expulsion d'un deuxième enfant, fille pesant 2.430 gr. qui s'est présentée par le siège. Le travail a duré 6 heures.

Le placenta est bilobé. La délivrance a été naturelle, 2 heures 15 après l'expulsion du deuxième enfant. Le liquide amniotique était abondant dans les deux œufs.

OBSERVATION XXXI

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios du second œuf. —
Accouchement au neuvième mois.*

B..., 33 ans, Couturière, entre à la salle de travail, le 18 janvier 1891, à 8 heures 30 du soir.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Rougeole à ?

A marché à 22 mois. Réglée à 14 ans et toujours régulièrement. Elle a déjà eu cinq accouchements spontanés et à terme.

Ses dernières règles sont du 3 mai 1890. La hauteur de l'utérus est de 43 cent. et la circonférence du ventre prise au niveau de l'ombilic est de 115 cent.

Elle présente un œdème notable des membres inférieurs et de la région sus-pubienne.

Le travail a débuté à 5 heures du matin, le 19. La dilatation est complète à 9 heures 50 du matin. La rupture des membranes est artificielle pour chaque œuf, et a lieu à la dilatation complète. Un premier enfant, (garçon, 2820 gr.) est expulsé à 9 heures 55 du matin. Un second (garçon, 2450 gr.) est expulsé à 10 heures 10. Le premier se présentait par le sommet. Le deuxième se présentait par le siège. On pratique la version par manœuvres externes, et on ramène la tête en bas.

Le placenta est formé de deux masses réunies par un pont membraneux. La délivrance est naturelle après l'expulsion du deuxième enfant. Le liquide amniotique était normal dans le premier œuf, verdâtre et très abondant dans le second.

Les deux enfants sont partis de la clinique bien portants.

OBSERVATION XXXII

Grossesse gémellaire. — Hydramnios du deuxième œuf. — Procidence du cordon pour le deuxième fœtus. — Hémorrhagie avant la délivrance. — Accouchement au huitième mois.

M. H..., cuisinière, primipare, 25 ans, entre à la salle de travail, le 1^{er} mai, à 3 heures 15 du soir.

Antécédents héréditaires. — Pas de grossesse gémellaire dans sa famille.

Antécédents personnels. — Nuls. Réglée à 17 ans et toujours régulièrement.

Ses dernières règles datent de septembre 1890.

La hauteur de l'utérus est de 42 cent.

Elle présente un œdème notable des membres inférieurs, des organes génitaux et de la région sus-pubienne.

La tension du ventre est exagérée.

Le travail a débuté le premier mai à 3 heures 15 du soir.

La dilatation est complète à 6 heures. A 7 heures 20, rupture artificielle des membranes du premier œuf.

A 7 h. 25, expulsion d'un premier fœtus (fille, pesant 1890 gr.), se présentant par le sommet.

A 7 h. 30, rupture artificielle des membranes du deuxième œuf, version par manœuvres internes, et extraction d'un deuxième fœtus, (fille pesant 1920 gr.), se présentant par l'épaule droite, dos en avant. Le cordon faisait procidence, et était enroulé autour de la main droite de l'enfant.

L'état général des enfants est bon.

A 9 heures 30, la femme perdant du sang depuis une heure, et en assez grande quantité, on pratique la délivrance artificielle.

Le placenta est formé de deux masses placentaires unies par un pont membraneux.

Le liquide amniotique était normal dans la première poche, abondant dans la seconde (2 litres environ).

OBSERVATION XXXIII

Grossesse gémellaire. — Hydramnios du deuxième œuf. — 1460 gr. — Accouchement au neuvième mois.

H. T..., ménagère, entre à la salle de travail, le 9 mai 1891, à 6 heures 45 du soir.

Antécédents héréditaires. Nuls. Elle a marché à 14 mois, et toujours bien. Elle a été réglée à 13 ans, et toujours régulièrement. Jamais de maladie.

Elle a accouché déjà 6 fois spontanément et à terme, et une fois prématurément, à 8 mois. Ses dernières règles sont du

2 août. La hauteur de l'utérus est de 44 cent. La tension des parois est considérable. Pas d'œdème. Pas d'albumine.

Le travail a débuté le 9 mai à 3 heures du soir. La dilatation est complète à 10 heures 25

A 10 heures 45, rupture artificielle des membranes du premier œuf. A 10 heures 50, expulsion d'un premier fœtus, (fille, 3140 gr.), qui se présente par le sommet.

Puis, rupture artificielle des membranes du deuxième œuf, et version par manœuvres externes, le deuxième fœtus se présentant par l'épaule droite.

A 11 heures 15, expulsion d'un deuxième fœtus (fille, pesant 3000 gr.), se présentant par le siège.

Le travail a duré 8 heures 15.

La délivrance se fait naturellement à minuit 10. Il y a deux placentas. Le liquide était normal pour le premier œuf, vert et abondant (1.460 grammes) pour le deuxième œuf.

Les deux enfants sont partis bien portants de la clinique.

OBSERVATION XXXIV

Grossesse gémellaire. — Syphilis. — Hydramnios des deux œufs. — Accouchement au huitième mois.

R. V..., femme de chambre entre à la salle de travail le 29 mai 1891 à 1 heure 45 du soir. Antécédents héréditaires nuls. Elle a toujours bien marché. Elle a été réglée à 15 ans, mais non régulièrement. Cependant elle est mieux réglée depuis sa première grossesse en 1888.

A son entrée elle présente la syphilis à la deuxième période. Ses dernières règles sont de fin septembre.

La hauteur de l'utérus est de 32 cent. La tension des parois de l'abdomen est exagérée.

Le travail a débuté à 11 heures 30 du matin le 29 mai. La dilatation est complète à 4 heures 15 du soir. La ruptures des

membranes est artificielle à 4 heures 20 pour le premier œuf.

A 4 heures 45, expulsion d'un premier fœtus (garçon pesant 2.030 grammes) qui se présentait par le sommet.

A 5 heures 10, rupture artificielle des membranes du deuxième œuf et expulsion immédiate d'un deuxième fœtus mort-né poids (?) qui se présentait aussi par le sommet.

Le travail a duré 5 heures 45. La délivrance a été spontanée à 5 heures 23 du soir.

Placenta unique pesant 1.090 grammes.

Le liquide amniotique était abondant dans les deux œufs. Le premier enfant n'a vécu aussi que 4 jours.

OBSERVATION XXV

*Grossesse gémellaire. [Hydramnios] des [deux] œufs.
Accouchement au neuvième mois.*

N., blanchisseuse, âgée de 32 ans entre à la salle de travail le 10 janvier 1893, à 6 heures du soir. Antécédents héréditaires nuls. Elle a toujours bien marché. Réglée à 12 ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis. Elle n'a jamais été malade. Elle a déjà eu 6 accouchements normaux. Il n'y a pas d'albumine dans ses urines. Elle a actuellement un léger œdème des membres inférieurs, et des varices superficielles. Le ventre est très gros; la tension des parois est exagérée, le bassin est normal. Ses dernières règles datent du 15 au 18 avril 1892; les premières douleurs ont commencé le 10 janvier 1893 à 1 heure 12 du soir. La dilatation est complète à 6 heures 55 du soir. Une tension permanente de la première poche existant, on rompt artificiellement les membranes. Un premier fœtus (fille) pesant 2830 gr. est expulsé à 7 heures 35; il se présentait par le sommet en O. I. D. P. A 7 heures 40 rupture artificielle des membranes de la seconde poche. Un second fœtus (fille), pesant 5790 gr. est ex-

pulsé à 7 heures 50 ; il se présentait par le siège. La durée totale du travail est de 7 heures. La délivrance est faite à 8 heures 40 du soir par expression française. Le liquide amniotique coloré en rouge est abondant dans les deux poches.

OBSERVATION XXXVI

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios du premier œuf. —
Accouchement au huitième mois.*

B. . . , cuisinière, 36 ans, entre à la salle de travail le 14 septembre 1893, à 9 heures du soir. Sa grand'mère maternelle a eu deux jumeaux. Elle a marché à 12 mois, et a toujours bien marché depuis. Elle a été réglée à 18 ans et 1/2. Elle a eu la variole à 10 ans, et une pleurésie guérie sans ponction en mars 1891. Elle a déjà eu 3 accouchements à terme. Dernières règles en janvier, actuellement elle n'a pas d'albumine ; elle a l'utérus volumineux et une forte tension des parois abdominales. Les premières douleurs ont commencé le 12 septembre 1893 à 5 heures du matin

La dilatation est complète le 12 à 9 heures 30 du soir. La poche d'eau du premier œuf étant dans une tension permanente, on a rompu les membranes lorsque la dilatation était grande comme une paume de main. Le premier fœtus, (fille), pesant 2220 gr. est expulsé à 9 heures 30 du soir ; il se présentait par le siège décomplété. On rompt la seconde poche. Le second fœtus se présente par l'épaule ; on tente inutilement de ramener la tête en bas ; on pratique alors immédiatement une version interne et ce fœtus garçon, pesant 2190 gr. est expulsé à 9 heures 45 du soir. La délivrance a lieu à 10 heures 25. La durée totale du travail est de 16 heures.

Il y avait hydramnios pour le premier œuf ; on a pu recueillir 1218 gr. de liquide, et il s'en était écoulé abondamment immédiatement après la rupture des membranes.

OBSERVATION XXXVII

Grossesse gémellaire. — Hydramnios des deux œufs — Accouchement au neuvième mois.

A. N., 30 ans, sans profession, entre à la salle de travail, le 4 septembre 94, à 11 heures 30 du soir.

Antécédents héréditaires. — Nuls. A toujours bien marché. Réglée à 16 ans, et toujours bien depuis. A eu une pleurésie à 13 ans. A déjà eu deux accouchements spontanés et à terme. Ses dernières règles datent du 6 décembre 93. La hauteur de l'utérus est de 49 centimètres. Pas d'albumine dans les urines.

Elle présente un œdème notable des membres inférieurs, des organes génitaux externes et de la région sus-pubienne. La tension du ventre est considérable.

Durant les quatre premiers mois de sa grossesse elle a eu fréquemment des nausées et des vomissements.

Le travail a débuté le 4 septembre à 9 heures du soir. La dilatation est complète à 2 heures 30 matin, le 5 septembre. A ce moment on rompt les membranes du premier œuf.

A 3 heures 15 expulsion d'un premier fœtus (garçon pesant 3500 gr.) qui se présentait en O. I. G. A.

A 3 heures 25 rupture artificielle des membranes du deuxième œuf, et expulsion à 3 heures 45, d'un fœtus (garçon pesant 2880 gr.) qui se présentait par le siège complété en D. P.

L'état général des enfants est bon.

La délivrance se fait naturellement à 4 heures 20 du matin. Il y a deux œufs complètement distincts. Le liquide était abondant pour les deux œufs, de couleur normale pour le premier, verdâtre pour le second.

OBSERVATION XXXVIII

Grossesse gémellaire. — Hydramnios des deux œufs. — Accouchement au neuvième mois.

Françoise B... tapissière, primipare, âgée de 27 ans, entre à la salle de travail le premier juin 95, à 9 heures 30 du matin. Elle a toujours bien marché. Elle a été réglée à 16 ans, et tout jours régulièrement depuis. A 17 ans, elle a eu la rougeole et la varicelle. Ses dernières règles datent du 6 au 8 septembre 94. Actuellement elle a de légères traces d'albumine dans les urines. Elle présente un œdème sus-pubien considérable, ainsi que des membres inférieurs. L'utérus est très développé et très tendu. Il y a également une tension excessive des parois abdominales. Les premières douleurs ont apparu le premier juin 95 9 heures du matin. La dilatation est complète à midi et demie. A ce moment rupture spontanée des membranes de la première poche. L'expulsion d'un fœtus du sexe féminin pesant 1920 gr., né en état de mort apparente, a lieu à 3 heures du soir. Des frictions et flagellations suffisent à rétablir la respiration. A 3 heures 15 du soir, rupture artificielle des membranes de la deuxième poche. L'expulsion d'un deuxième fœtus du sexe féminin pesant 2300 gr. et respirant immédiatement, a lieu à 3 heures 25. Les deux fœtus se présentaient par le sommet. La durée totale du travail a été de 5 heures $3/4$. L'extraction simple du placenta a eu lieu à 3 heures 45. Il y a une seule masse placentaire avec deux poches séparées par une cloison formée par les amnios et les chorions.

OBSERVATION XXXIX

Grossesse gémellaire. — Rupture prématurée des membranes. — Hydramnios du deuxième œuf. — Accouchement au septième mois.

D..., ouvrière, primipare, âgée de 19 ans, entre à la salle de travail le 4 août 1895 à 4 heures du soir

Antécédents héréditaires : nuls. *Antécédents pathologiques* : nuls. A toujours bien marché. Réglée à 17 ans, elle l'a été très irrégulièrement depuis. Les dernières règles sont de fin janvier 1895. Pas d'albumine.

Il existe au cœur un souffle au premier temps et à la pointe. La paroi abdominale est assez fortement tendue. Apparition des premières douleurs le 4 août à 4 heures du soir.

La dilatation est complète à 7 heures 50. Il y a eu rupture prématurée des membranes du premier œuf le 2 août à 8 heures du soir. L'expulsion du premier fœtus du sexe masculin, pesant 1.500 gr., et se présentant par le sommet en G. P. a lieu à 8 heures 20 du soir.

On a rompu artificiellement les membranes du deuxième œuf. L'expulsion du deuxième fœtus du sexe masculin pesant 1.350 gr. et se présentant par le sommet en D. P. a lieu à 8 heures 30 du soir. La durée totale du travail est de 4 heures 12. L'expulsion spontanée du placenta a lieu à 9 heures. Le liquide amniotique est abondant pour le deuxième œuf.

OBSERVATION XXXX

Grossesse gémellaire. — Hydramnios du premier œuf. — Accouchement au neuvième mois

P. P. 28 ans, vendeuse aux halles entre à la salle de travail

le 11 octobre 1892. Elle a marché à 11 mois, toujours bien depuis. Elle a été réglée à 17 ans et régulièrement.

Elle a déjà eu trois accouchements spontanés et à terme et deux spontanés à 7 mois.

Ses dernières règles datent du 5 février. La hauteur de l'ac-tion est de 46 centim. Elle n'a pas d'albumine.

Elle est tuberculeuse et depuis deux mois, la toux est devenue plus fréquente. Elle a eu des hémoptysies fréquentes.

Le travail a débuté à 3 heures du matin. A 10 heures 30 la dilatation est complète. On rompt artificiellement les membranes du premier œuf. La poche est très tendue.

A 11 heures, expulsion d'un premier fœtus (garçon pesant 1210 grammes) et se présentant par le sommet.

On rompt artificiellement les membranes du second œuf, et à 11 heures 5 expulsion d'un deuxième enfant (garçon pesant 1070 gr.) et se présentant aussi par le sommet.

Le travail a duré 8 heures.

Il y a deux placentas.

Le liquide amniotique était abondant seulement dans le premier œuf (2 litres environ).

OBSÉRVATION XLI

*Grossesse gémellaire. — Hydramnios des deux œufs. —
Accouchement au neuvième mois.*

Le 1^{er} mai 1896, L. M..., entre à la salle du travail à 8 heures du matin. Rien dans les antécédents héréditaires, physiologiques et pathologiques. Elle a été réglée à 13 ans, et toujours régulièrement depuis. C'est une primipare. Les dernières règles datent du 18 août. La hauteur de l'utérus est de 36 cent. Pas d'albumine dans les urines. L'œdème des membres inférieurs et l'œdème sus-pubien sont très accentués. La femme perd de l'eau et du sang.

Le dilatation est complète à 3 heures 30 du soir. Le travail a duré 7 heures $1/2$.

A 4 heures 30 un premier fœtus (garçon) est expulsé pesant 2.250 gr. Aussitôt après, on rompt les membranes du deuxième œuf. On pratique la version par manœuvres internes, et un deuxième fœtus est extrait à 4 heures 40. Le deuxième enfant pèse 2.200 grammes. C'est une fille vivante.

Il y a deux placentas. La délivrance se fait naturellement 35 minutes après l'extraction du deuxième fœtus.

Le liquide amniotique était très abondant dans les deux œufs.

OBSERVATION XLII (personnelle)

Grossesse gémellaire. — Hydramnios du second œuf. — Accouchement au septième mois.

X... journalière, âgée de 28 ans, vient consulter, et est admise d'urgence à la salle de travail, le 13 juin 1895, à 10 heures du matin. Rien dans les antécédents héréditaires.

Elle a toujours bien marché. Elle a été réglée à 16 ans et ordinairement bien depuis cette époque.

A 13 ans, elle a eu les fièvres intermittentes pendant 3 mois.

En 1887, elle a eu un premier accouchement spontané et à terme. Elle a accouché d'un garçon mort à 1 mois d'entérite. Le père est différent pour la deuxième grossesse. Ses dernières règles datent du 1 au 8 décembre 1895. Les mouvements actifs des fœtus ont été perçus en main pour la première fois par la mère en mars. Elle est donc au sixième mois de sa grossesse. Pas d'albumine dans l'urine. L'utérus mesure 44 cent. de hauteur et la circonférence du ventre pris au niveau de l'ombilic est de 112 cent. Temp. 37,8.

Cette femme a dû cesser son travail durant 15 jours au commencement de mai parce qu'elle souffrait du ventre. Ces dou-

leurs ayant cessé sous l'influence du repos, elle a recommencé à travailler. Le 5 juin elle a dû cesser à nouveau son travail. Depuis cette époque, elle souffre beaucoup et continuellement dans le ventre. Elle est très constipée et urine difficilement. A son entrée, elle présente un facies amaigri, un teint jaunâtre, subictérique, des yeux excavés, le nez effilé, enfin le facies abdominal.

Sa respiration est fréquente et pénible surtout lorsqu'elle est dans le décubitus dorsal. Cette dyspnée existe seulement depuis 8 jours. Le cœur bat violemment et fréquemment. Le pouls est à 128. Ces symptômes sont si accentués qu'on lui fait une injection de 0, 20 centigr. de caféine.

Au palper, le ventre est tendu d'une façon exagérée, on a très nettement la sensation de flot. Malgré la difficulté, M. Pinard fait le diagnostic de grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios.

Au toucher, on constate un col mou, mais non effacé, un orifice dilatable. On arrive facilement sur les membranes qui se tendent un peu au moment des contractions, et on constate la présentation d'une tête assez ossifiée qui se présente.

Une seule poche présente un degré de tension exagérée ce qui fait préciser le diagnostic et dire qu'il n'y a hydropisie que d'un seul œuf. Après l'antisepsie des voies génitales, on place un ballon Champetier petit modèle, à midi 25. A deux fois différentes ce ballon glisse dans le vagin et doit être remis en place. Enfin, la dilatation est complète à 6 heures 15.

La tête est très descendue dans l'excavation. On essaye de rompre les membranes, mais la poche du premier œuf ne bombe pas dans le vagin, la rupture en est difficile, si bien qu'il faut les prendre avec une pince pour pouvoir les rompre.

A ce moment, la température s'élève à 38°2. Le pouls est à 128, et on juge nécessaire l'emploi du forceps pour éviter tout effort à la parturiente.

Le premier fœtus saisi avec le forceps comme avec une pince pèse 550 gr. C'est un garçon qui est vivant.

Après l'expulsion du premier fœtus, on rompt facilement la deuxième poche qui bombe dans le vagin, et il s'écoule huit litres de liquide amniotique opalescent.

Par le même mécanisme que pour le premier, on extrait un second fœtus (garçon), qui se présente aussi par le sommet. Ce fœtus est très maigre et ne pèse que 960 grammes.

L'état général de la femme nécessite une deuxième injection de caféine.

30 minutes après l'expulsion du deuxième fœtus. On constate une présentation de la face fœtale du placenta. On en fait l'extraction simple suivie d'une injection intra-utérine.

La température de la femme est de 38,5 après la délivrance.

La femme est sortie le 22 sans avoir jamais présenté une température au-dessus de 37,6.

Dès le lendemain la respiration est redevenue normale, le cœur ne présente plus d'arythmie, le pouls est à 75. La femme va régulièrement à la selle, urine normalement. Pas d'albumine dans ses urines.

L'appétit est excellent, et elle reprend beaucoup de forces. Elle ne présente plus le facies abdominal qu'elle offrait à son entrée. En somme l'état général est excellent.

CHAPITRE IV

Symptômes

Il nous est facile maintenant de décrire dans un même chapitre les symptômes de l'hydramnios dans les grossesses gémellaires. Nous avons vu d'abord qu'il existe deux variétés bien nettes de cette complication de grossesse. Dans l'observation I par exemple la femme dit que vers le troisième mois son ventre a grossi tout d'un coup ; que, il y a un mois, après une chute, elle a encore remarqué une augmentation rapide du volume de son ventre, et à la suite elle a ressenti des malaises, des vomissements, des douleurs dans les reins, de la fièvre.

Même début brusque rapporté dans l'observation de M. Lepage.

Dans les autres observations au contraire le liquide est en plus ou moins grande abondance, mais sa formation a été lente. Il en est résulté que la femme a pu mener sa grossesse jusqu'à une époque plus ou moins avancée du terme, et en éprouvant des troubles plus ou moins alarmants ou même nuls.

Il faut donc reconnaître qu'il existe dans les grossesses gémellaires une hydramnios à marche rapide ou aiguë et une hydramnios à marche chronique, à développement plus ou moins lent.

Quoiqu'il en soit, une femme atteinte d'hydramnios coïncidant avec une grossesse gémellaire se présente toujours avec des symptômes communs à tous les cas, mais plus ou moins accusés.

Le ventre présente un volume qui n'est pas en rapport avec l'âge présumé de la grossesse, même supposée gémellaire. La paroi abdominale est parfois amincie, d'aspect luisant, brillant.

Elle présente des vergetures nombreuses, assez souvent de l'œdème sus-pubien.

L'œdème occupe aussi les membres inférieurs et surtout au niveau des malléoles. La paroi abdominale elle-même est souvent œdématiée. La circulation des veines sous-cutanées abdominales est exagérée.

Par le palper, ainsi que l'indique M. Pinard dans son « Traité du Palper », on constate la forme ovulaire de l'utérus, forme ovulaire plus accusée que dans les grossesses sans hydramnios. La tension de la paroi utérine est constante et est exagérée, si bien que la plupart du temps il est difficile de sentir les pôles des fœtus, et quelquefois même impossible. Les fœtus fuient sous le doigt. Cette tension de l'utérus est partout la même dans l'hydropisie de l'amnios des deux œufs ; elle existe d'un seul côté ou est plus marquée de ce côté s'il n'y a hydropisie que d'un seul œuf.

En palpant le ventre d'une femme atteinte d'hydramnios compliquant une grossesse gémellaire, on a la sensation de rénitence, de fluctuation, et même de flot.

Le ballottement des parties fœtales, lorsqu'il peut être perçu, est exagéré, et ne peut être perçu que par le choc en retour.

Quelquefois, surtout après avoir pratiqué le palper quelques minutes, on a une sensation particulière de durcissement intermittent et passager de l'utérus dû à une contraction de l'organe, sensation qui peut rendre les plus grands services dans quelques cas difficiles, car elle permet de poser le diagnostic et d'affirmer que la collection liquide est renfermée dans l'utérus. L'accommodation ne se produit pas ; il en résulte de mauvaises présentations qui changent d'un jour à l'autre. Souvent il n'y a pas d'engagement. Les mouvements du fœtus sont difficilement perçus par la mère. D'après Puzos, cela résulterait de ce que « le poids des eaux fait flotter le fœtus, et le liquide est au devant des coups qu'il porte. »

Mais d'après Tarnier et Budin, cela résulterait de ce que la paroi abdominale est surdistendue par le liquide, car d'après eux les mouvements actifs sont perçus par la sensibilité de la paroi abdominale et non de la paroi utérine.

Ce signe n'est pas constant, et à l'appui nous citerons le cas rapporté par de la Mothe, d'une femme « qui « sentait des mouvements si violents qu'elle lui dit « qu'il lui semblait avoir plusieurs enfants qui se battaient dans son ventre, qu'elle se consolait s'ils « n'étaient que deux, mais que la crainte d'un plus « grand nombre lui causait beaucoup d'inquiétude. » Cette femme présentait une grande quantité de liquide amniotique.

Je ne parlerai pas du palper pratiqué dans un bain tiède. Ce moyen que j'ai vu employer une seule fois par mon maître, M. Pinard, pour rendre le palper plus

facile, n'est qu'un adjuvant dans les cas difficiles et qui semble faciliter beaucoup les moyens d'investigation.

Au toucher, on trouve un col présentant les modifications ordinaires de la grossesse, mais déhiscent. Cette déhiscence est due non à un début du travail, mais à ce que la tension de l'utérus est exagérée et permanente.

On peut sentir quelquefois le ballottement vaginal, et même arriver sur un pôle fœtal ; souvent aussi on ne rencontre que le segment inférieur bombant dans le vagin, constamment tendu par une grande quantité de liquide et ne renfermant aucune partie fœtale. On peut même y percevoir la sensation de flot.

Si on introduit le doigt dans l'utérus à travers le col déhiscent, on peut constater sur les membranes la présence d'un sillon formé par la cloison médiane s'il n'y a qu'un seul œuf ou par la cloison de séparation s'il y a deux œufs, et même on peut constater l'hydropisie existante dans les deux œufs, ou dans un seul suivant le cas.

L'auscultation est parfois difficile. Les bruits du cœur sont généralement plus sourds, plus lointains que lorsqu'il n'y a pas hydramnios, et souvent il faut une oreille très exercée pour arriver à un résultat.

Le fœtus fuit dans toutes les directions, dès qu'on place le stéthoscope sur la paroi abdominale. Aussi faut-il agir avec la plus grande douceur et rarement, pour ne pas dire jamais, les résultats seront infructueux.

Au lieu de percevoir les bruits du cœur du fœtus dans l'hydropisie de l'amnios dans les grossesses gémellaires, on ne perçoit souvent que les bruits produits par les frôlements du fœtus dans la cavité utérine.

Cette difficulté de pratiquer le palper, de reconnaître quelque chose au toucher et de pratiquer l'auscultation « a fait dire à M. Pinard qu'on peut donc chez une « femme qui semble être arrivée près du terme de sa « grossesse, ne constater que des signes de probabilité « et aucun signe de certitude ».

Les symptômes généraux sont quelquefois nuls dans les grossesses gémellaires avec hydramnios ; mais la plupart du temps, il existe des troubles plus ou moins graves, et parfois assez effrayants pour nécessiter une intervention immédiate, ainsi qu'il résulte de trois de nos observations. La femme se plaint de douleurs vives dans les reins, dans le ventre, dans les aînes douleurs dues à la compression des plexus nerveux. Elle présente plus souvent que dans les autres grossesses normales, des nausées, des vomissements. Ces vomissements peuvent durer plus ou moins longtemps et finir même par disparaître.

Citons ici, comme contraste, l'opinion du Docteur Donovan qui prétend qu'il existe une relation entre les vomissements de la grossesse et l'insuffisance ou l'absence de liquide amniotique (*obstretical Society*. Edimburg)

L'appétit très souvent n'existe plus, et sa disparition coïncide avec les vomissements ou avec le mauvais état général de la femme.

La constipation est habituelle, et la femme reste plusieurs jours, même une semaine, sans aller à la selle. Quelquefois il existe de la diarrhée due à son état cachectique. On a noté quelquefois de l'ictère par compression du foie et par suite rétention de la bile, de

l'ascite coïncidant avec l'hydramnios et la grossesse gémellaire, ce qui complique le diagnostic.

Du côté de l'appareil respiratoire il existe de la dyspnée, de l'orthopnée ; la femme ne peut plus respirer lorsqu'elle est étendue dans son lit ; il faut qu'elle se maintienne constamment assise. Elle ne peut supporter le décubitus horizontal ou latéral. A la suite de la compression exercée sur les poumons, il peut y avoir de la congestion. La cyanose est quelquefois très accentuée par suite de la non artérialisation du sang veineux au contact de l'air qui circule difficilement dans les poumons.

La circulation générale est souvent troublée et très sérieusement. Les œdèmes, l'ascite, la circulation veineuse sous-cutanée exagérée en sont la preuve. Des varices existent aux membres inférieurs et à la vulve.

Par suite du refoulement du diaphragme, il y a souvent des palpitations, des syncopes. Le pouls est petit, serré, accéléré ; le cœur est troublé dans son fonctionnement et on peut constater des souffles qui disparaîtront après l'accouchement.

Il peut y avoir de la fièvre, surtout s'il y a hydramnios aiguë.

Du côté du système nerveux on constate de l'insomnie, de l'agitation.

La femme se plaint de tiraillements dans l'abdomen, des névralgies, de crampes dans les membres inférieurs.

L'appareil urinaire est souvent lésé, et des désordres graves peuvent en résulter. Les urines sont diminuées de quantité, épaisses, sédimenteuses et renferment souvent une notable quantité d'albumine.

Les uretères sont souvent comprimés et Guyon et Albarran ont démontré que la compression de l'uretère produisait des lésions rénales identiques à celles que Leyden a décrites sous le nom de rein gravidique.

La miction est difficile. Les envies d'uriner sont fréquentes à la suite de la compression de la vessie, et il peut y avoir rétention d'urine par compression de l'urèthre.

On voit par là tous les accidents qui peuvent résulter de cet ensemble de troubles.

Comme celle qui fait le sujet de notre observation XLII, les femmes se présentent avec des traits étirés, un facies grippé qui est absolument le même que celui d'une malade atteinte de péritonite. De plus, elles ne peuvent marcher, se tenir debout ; il leur faut à chaque instant changer de place, et toutes ces souffrances finissent par rendre leur état moral lamentable. Ces femmes ne font que se plaindre, et demandent à chaque instant du soulagement.

CHAPITRE V

Pronostic

Aussi variable est la marche des accidents, aussi différent, suivant les cas, doit-être le pronostic à porter. Cependant nous croyons que le meilleur moyen de faire ressortir la pronostic qui s'impose dans les cas de grossesses gémellaires compliquées d'hydramnios, est de citer les accidents qui sont survenus dans les observations que nous avons rapportées.

En ce qui concerne la durée de la grossesse, et la manière dont se termine l'accouchement, nous voyons que sur nos 42 observations :

1 fois,	il y a eu avortement à 4 mois
2 fois,	accouchement à 6 mois
5 fois,	— à 7 mois
11 fois,	— à 8 mois
21 fois,	— à 9 mois

Or d'après les statistiques des auteurs, la grossesse gémellaire, non compliquée d'hydramnios, se prolonge ordinairement jusqu'à la fin du huitième mois et même jusqu'à 8 mois 1/2.

Dans nos observations, la durée du travail a été généralement courte mais à peu près normale, car il s'agissait presque toujours de multipares.

29 fois elle a été de 1 heure à 10 heures.
8 fois — de 10 heures à 20 heures.
1 fois — de 31 heures.
4 fois on n'a pu préciser le début du travail.

Cependant 3 fois il a fallu faire une application de forceps.

1 fois à cause de la faiblesse des contractions de l'utérus.
1 fois à cause de l'état général de la mère.
1 fois parce que le fœtus souffrait.

Quant aux présentations, elles ont été :

? 1 fois (avortement de 4 mois).
Deux sommets 16 fois
1^{er} sommet, 2^e siège 13 fois
1^e siège, 2^e sommet 6 fois
Deux sièges 1 fois
1^{er} sommet — 2^e ? 1 fois
1^{er} sommet — 2^e épaule 3 fois
1^{er} siège décomplété, 2^e épaule. . . . 1 fois

D'après les statistiques faites, nous voyons que la moyenne des présentations de l'épaule pour le 2^e fœtus est de 4 sur 150 accouchements gémellaires sans lydrarnios au lieu de 4 pour 42 comme nous le rapportons. Quand il y a hydrofysie de l'amnios.

L'hydramnios joue donc un rôle incontestable dans la production des présentations vicieuses du deuxième fœtus. Dans les 4 cas que nous rapportons, 3 fois on a fait la version par manœuvres externes.

1 fois la version par manœuvres internes.

Sur 42 cas, nous notons également :

2 procidences du cordon.

2 procidences du bras.

Dans aucun cas, il n'y a eu décollement prématuré du deuxième placenta, accident qui cependant peut venir assombrir encore le pronostic, car il est une cause de mort pour le deuxième fœtus, et d'hémorrhagie redoutable pour la mère.

Dans aucun cas également, le premier placenta n'a été expulsé avant le second, ainsi que Mateiro en rapporte deux cas sur 164 accouchements de grossesse gémellaires.

Huit fois, il y a eu rupture prématurée des membranes.

Deux fois, il a fallu interrompre la grossesse en présence des accidents qui mettaient en danger la vie de la mère.

Une fois, il y a eu une hémorrhagie intra-utérine due à l'inertie de l'organe et il a fallu faire une délivrance artificielle pour l'arrêter.

Quant aux accidents qui sont survenus au cours de la grossesse, et qui se rapportent à l'état général de la mère:

Une fois, ils ont été très sérieux, mais ont cessé, l'accouchement s'étant fait spontanément.

Deux fois, ils ont nécessité une intervention, ponction, application d'un ballon Champetier.

Deux fois, il y a eu des vomissements, qui ont persisté durant toute la grossesse.

Une fois, il y a eu rectocèle.

Une fois, il y a eu cystocèle.

Cinq fois, on a trouvé de l'albumine dans l'urine.

Quinze fois, il y a eu œdème soit des membres inférieurs, soit de la vulve et des parois de l'abdomen.

Une fois, une femme tuberculeuse mais, qui n'avait auparavant aucun accident, a présenté des hémoptysies fréquentes et une toux opiniâtre durant sa grossesse.

Quant à l'état des enfants :

58 sont sortis bien portants de la clinique.

3 étaient morts-nés.

6 étaient macérés.

6 ont vécu de 1 à 24 heures.

5 ont vécu de 2 à 8 jours.

4 ont vécu de 8 à 20 jours et plus.

2 sont morts d'érysipèle ombilical.

De tous ces enfants :

7 ont pesé de 400 à 1000 gr.

30 ont pesé de 1000 à 2000 gr.

39 ont pesé de 2000 à 3000 gr.

5 ont pesé plus de 3000 gr.

3 ont pesé ? (poids inconnu).

Ces chiffres parlent assez pour faire voir combien est grave le pronostic, tant pour la mère que pour le fœtus lorsque l'hydramnios vient compliquer les grossesses gémellaires, et nous montrent assez quelles opérations graves peuvent devenir nécessaires, soit pour terminer l'accouchement dans l'intérêt de la mère, soit pour avoir des enfants vivants.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Le diagnostic de grossesse gémellaire qui est souvent difficile à établir, l'est encore davantage lorsque la grossesse est compliquée d'hydramnios.

Tout d'abord il faut diagnostiquer qu'il existe une grossesse.

Tous les signes incertains de la grossesse, pigmentation de la ligne blanche, des aréoles des seins, augmentation du volume de ces derniers, hypertrophie des tubercules de Montgomméry, absence des règles, col ramolli, utérus développé, ne feront que venir en aide et confirmer le diagnostic porté en présence des véritables signes de la grossesse, mouvements actifs de fœtus perçus par l'accoucheur, ballottements des parties fœtales, bruits du cœur du fœtus, sensation d'un œuf contenu dans la cavité utérine.

La sensation de trois pôles, ou de deux sièges ou de deux têtes, ou de deux plans dorsaux ou d'une dépression médiane perçue plus ou moins facilement permettra d'affirmer qu'il y a deux fœtus dans l'utérus.

Par le palper, on constatera que les fœtus sont entourés de plus ou moins de liquide, et suivant les sensations

pergues de fluctuation, de ballottements exagérés, de bruits du cœur faiblement entendus, on diagnostiquera l'hydramnios. Si la tension est la même partout, il y aura hydropisie des deux œufs; si elle n'existe que d'un côté, il n'y aura hydropisie que d'un seul œuf.

Malgré le nombre de ces signes en faveur de la grossesse gémellaire, il se présente des cas où le diagnostic est très difficile et même impossible.

L'observation citée plus loin de M. Tillaux, celle rapportée par M. Lepage en sont des preuves.

Le palper ne donne aucune notion certaine; l'auscultation est négative et au toucher on ne rencontre aucune partie engagée. On peut se demander alors si on se trouve en présence d'un kyste de l'ovaire.

Dans les cas de kystes de l'ovaire, on ne trouve aucun signe de grossesse probable. La forme du ventre n'est pas aussi régulière. L'utérus peut être senti dévié soit à droite, soit à gauche de la tumeur et avec ses dimensions normales. Enfin la marche suivie par les kystes de l'ovaire, dans leur développement, est plus lente et présente des poussées douloureuses qui coïncident avec l'époque des règles.

L'ascite peut venir compliquer l'hydramnios dans les grossesses gémellaires; elle est due à la compression exercée, dans ce cas, par l'utérus surdistendu.

Elle peut même, existant seule, faire croire à une grossesse gémellaire avec hydramnios; mais dans l'ascite, la matité et la fluctuation occupent les flancs et la sonorité existe sur la ligne médiane, les intestins étant refoulés dans cette partie de l'abdomen. Dans la grossesse gémellaire avec hydramnios la matité et la

fluctuation occupent la ligne médiane, et la sonorité se retrouve dans les flancs. La forme du ventre n'est plus la même : dans l'ascite, le ventre a la forme de celui des batraciens, c'est-à-dire est aplati et étalé.

Dans la grossesse gémellaire avec hydramnios, au contraire, il est porté en avant. Enfin une maladie du cœur ou du foie constatée, plaide en faveur de l'ascite.

Une tumeur de l'utérus est ordinairement assez facilement diagnostiquée.

Rarement elle atteint le volume qui pourrait donner lieu de croire à une grossesse gémellaire compliquée d'hydramnios et, sauf dans les cas où cette tumeur est intra-utérine, on trouve l'utérus dévié et vide. Enfin les signes de grossesse probable n'existent pas, et on trouve au contraire, les symptômes que présentent dans leur évolution les diverses tumeurs de l'utérus.

La grossesse simple, mais avec enfant et placenta très gros, liquide assez abondant, peut faire penser à une grossesse gémellaire avec hydramnios ; mais dans ce cas, on ne trouve que deux pôles et un seul plan latéral, et le palper est pratiqué plus facilement.

La grossesse extra-utérine avec grande quantité de liquide, malgré les symptômes communs qu'elle peut avoir avec les grossesses gémellaires compliquées d'hydramnios, tels que troubles fonctionnels du côté de l'intestin et de la vessie, tumeur volumineuse contenue dans l'abdomen, est cependant facile à diagnostiquer. Dans les grossesses gémellaires même compliquées d'hydramnios on n'observe pas les phénomènes péritonitiques et les phénomènes de faux travail qui se rencontrent dans les grossesses extra-utérines. De

plus, dans ces dernières l'utérus est senti encore vide et dévié soit à droite soit à gauche de la tumeur.

Enfin le volume exagéré du ventre, non en rapport avec l'âge de la grossesse, peut faire songer à la môle hydatiforme ou vésiculaire ; mais des hémorrhagies de plus en plus abondantes, l'expulsion de vésicules feront diagnostiquer une môle. Et puis on songera aussi à la rareté de cette maladie des villosités chorionales.

Enfin, terminons en indiquant le signe qui aidera souvent à faire le diagnostic : le durcissement intermittent et passager de l'utérus. Cet organe seul peut avoir des contractions et ce signe seul permettra toujours d'affirmer que la tumeur est intra-utérine.

CHAPITRE VII

Traitement

Le traitement de l'hydropisie de l'amnios dans les grossesses gémellaires est très variable suivant que les accidents prennent plus ou moins d'importance.

Le traitement préventif est absolument incertain, car pour l'instituer il faudrait connaître toutes les causes qui peuvent produire l'hydramnios et ainsi que nous l'avons vu déjà, on a observé beaucoup de lésions et de troubles, mais sans savoir si ces lésions étaient *effet ou cause*. On a conseillé les saignées répétées, les purgatifs. Mais les succès dûs à ce traitement sont rares et ne sont-ils encore peut-être qu'une simple coïncidence.

Cependant Dubois (*Dict. en 30 vol. art. hydromètre*) cite l'observation d'une femme chez laquelle la saignée semble avoir eu un excellent résultat. On a essayé également de faire suivre aux femme qui avaient eu déjà de l'hydropisie de l'amnios, lors de grossesses antérieures, le régime lacté exclusif. Mais ce régime n'a eu aucun effet.

Mac Clintock (*The Dublin journ. of. médec., avril 1880*), chez deux femmes essaya son « traitement favori » chlorate de potasse et fer. Il n'eut aucun suc-

cès, car les deux femmes accouchèrent prématurément et chacune d'un enfant mort et macéré. Ces deux observations plaideraient en faveur du traitement qui semble avoir le plus de chance de réussir, je veux parler du traitement antisyphilitique.

La syphilis, en effet, étant une cause très fréquente d'hydramnios, si on redoute cette complication chez une femme qui se présente avec une grossesse gémellaire et avec une quantité de liquide il nous semble plus rationnel et même nécessaire de soumettre la malade au traitement par l'iodure de potassium et le protoiodure ou le biiodure.

Si l'hydramnios existe certainement, que faut-il faire ?

Deux cas se présentent ou la femme n'est pas à terme.

Ainsi qu'on peut le voir par les observations que nous avons rapportées, la grossesse gémellaire est quelquefois arrivée presque à l'époque du terme, et sans cependant que la femme ait eu à en souffrir. Il faudra donc, dans ce cas, faire tout son possible pour pouvoir prolonger la grossesse, et si la syphilis existe, ou si on a des doutes, il faudra soumettre la femme au traitement antisyphilitique.

En tout cas il faut lui interdire tout travail, car déjà par la présence de deux fœtus dans son utérus la femme est prédisposée à accoucher prématurément et l'hydramnios s'y surajoutant, les chances d'un accouchement prématuré ou d'un avortement sont fort augmentées.

Si au contraire, la femme n'étant pas à terme, il survient des accidents dus à la surdistension de l'uté-

rus, si, par suite, la malade présente des troubles, des symptômes qui tendent à faire porter un diagnostic grave, quelle est la conduite à tenir !

Tant que les accidents qui surviendront ne comprometttront pas la vie de la femme, il faudra attendre.

Il faut par tous les moyens médicaux qui sont en notre pouvoir retarder une intervention qui sera peut-être nécessaire. Quelques injections de morphine calmeront les douleurs et pourront procurer quelques heures de sommeil et de repos. Des injections de caféine redonneront un peu de force au cœur fatigué par le surcroît de travail qu'il doit fournir. Et surtout le repos, le meilleur de tous les médicaments, aura quelquefois des effets merveilleux.

Si au contraire les accidents persistent ou sont soudainement ou dans l'espace de quelques jours assez sérieux pour compromettre la vie de la mère, il est temps d'agir.

Deux moyens de soulager immédiatement la femme peuvent être employés : ou bien débarrasser la mère de cette trop grande quantité d'eau mais en retardant si possible l'accouchement ou bien provoquer l'accouchement. La ponction de l'utérus répond au premier cas et l'introduction d'un ballon Champetier et la rupture artificielle des membranes au second.

La ponction de l'utérus peut être pratiquée en suivant deux voies différentes, soit la voie abdominale, soit la voie vaginale. Avec ce dernier procédé, on pénètre dans l'utérus par le col et on ponctionne les membranes à travers l'orifice.

Plusieurs accoucheurs ont préconisé cette méthode. Leur but était de vider l'utérus, sans provoquer l'accouchement.

Meissner a même inventé un trocart courbe (mémoire de Charpentier) avec lequel il proposait d'aller perforer les membranes sur le segment supérieur de l'œuf.

On s'est servi dans le même but d'une sonde molle, munie d'un stylet à l'intérieur. On glissait l'instrument entre les membranes et la ponction était faite assez haut. Mais on n'a eu aucun résultat heureux. L'accouchement s'en est toujours suivi et pouvait occasionner à la mère de graves dangers, tels que perforation de l'utérus, infection, etc.

La ponction de l'utérus par l'abdomen, au contraire, a été pratiquée un grand nombre de fois et présente de sérieux avantages. Elle est d'abord plus facile à pratiquer. En second lieu on peut choisir l'endroit où l'on veut faire pénétrer l'aiguille aspiratrice.

Enfin, dans beaucoup de cas difficiles où on ne sait si l'on a affaire à une grossesse gémellaire avec hydropisie de l'amnios ou à un kyste, on pourra avoir un bon résultat avec la ponction par la voie abdominale, alors que la ponction par la voie vaginale serait impossible et ne donnerait aucun résultat.

Dans quelques cas où, à la suite d'erreur de diagnostic on a fait une ponction par la voie abdominale, elle a été sans danger (cas de Scarpa et Camper).

Noël Desmarais publie dans le *Journal de Sédillot*, 17 prairial, an VII, une observation où il est dit que la paracenthèse pratiquée au niveau de l'ombilic,

« afin d'éviter un utérus gravide » permet de retirer 12 litres de liquide amniotique. La malade accoucha 21 jours après.

Kidd (Dublin, *J. of médecine science*, 1878), cite un cas où il fit également une ponction de l'utérus, croyant à un kyste de l'ovaire.

La femme accoucha de deux jumeaux mort-nés, mais sans présenter aucun accident dans la suite.

Lambl (*Centrablatt für Gynäkologie* 1881), cite l'observation d'une femme qui présentait une grossesse gémellaire avec hydramnios aiguë. Le diagnostic était impossible. Il pratiqua la ponction successive des deux œufs par la voie abdominale et la femme accoucha deux jours après de deux jumeaux de 4 à 5 mois mort-nés.

M. Tillaux rapporte l'observation d'une femme qui, mariée en 1875, avait déjà eu quatre grossesses, dont la deuxième gémellaire. (*Gazette des hôpitaux*).

Elle accoucha toujours facilement et ne présenta aucun accident dans la suite. Cependant depuis son dernier accouchement elle était devenue très sensible au froid. Dès que le ventre se refroidissait, il devenait gros et douloureux.

Cette femme raconte à son entrée à l'hôpital qu'il y a peu de temps son ventre a grossi beaucoup. D'après les renseignements qu'on donne on pouvait penser à une tumeur remontant à 5 ou 6 mois.

Cette tumeur est pleine de liquide. On a la sensation de flot, mais la consistance n'est pas partout la même. C'est la sensation que donne un kyste multiloculaire.

Enfin on discute l'hypothèse d'hydramnios, mais

elle paraît peut probable. Le lendemain M. Tillaux ne découvre ni saillie, ni sillon, ni différence de résistance. On a partout la sensation de flot, ce qui ramène à la pensée d'une tumeur uniloculaire.

La malade est assise sur son lit, étouffe, est cyanosée. Elle ne peut plus ni dormir, ni manger, elle souffre beaucoup, elle demande du soulagement.

M. Tillaux pense qu'une intervention est urgente. Sans rejeter absolument l'hypothèse d'une hydropisie de l'amnios, il suppose plutôt que c'est un kyste de l'ovaire auquel la grossesse a donné un coup de fouet qui en a rendu le développement rapide.

On pratique une ponction avec un trocart ordinaire de trousse, et il s'écoule du liquide amniotique. Au même moment en plaçant la main à la surface de la tumeur, on sent un choc produit par un mouvement du fœtus. La malade accuse en même temps des douleurs semblables à celles d'un début de travail. La tumeur contenant une vingtaine de litres de liquide était l'utérus ainsi dilaté, dès le sixième mois par une hydra-mnios. On retira 7 litres de liquide. M. Tillaux enleva rapidement le trocart et obtura la piqûre avec du collodion.

Pour faire cesser les contractions de l'utérus, on injecta 1/2 cent. de morphine et on donna un lavement laudanisé.

La malade fut vite soulagée. Elle respirait maintenant à l'aise. Elle pouvait s'étendre dans son lit, manger et dormir. La face n'est plus cyanosée, mais calme et reposée.

Les mouvements fœtaux sont sentis par la mère, et

on était en droit d'espérer que la grossesse irait à terme.

Un mois après la malade accouchait de deux jumeaux volumineux de 6 mois environ.

Reportons-nous encore au cas de la femme qui fait le sujet de l'observation rapportée par M. Lepage. Enfin citons l'observation rapportée par le docteur Nicolas dans le *Dauphiné médical* 1889, d'une femme qui se présentait avec de la dyspnée, insomnie, volume du ventre exagéré, qui se nourrissait avec peine, et ne pouvait supporter le décubitus dorsal, chez qui on évacue par ponction dix litres de liquide amniotique le 14 mars et qui le 16 accouche prématurément à 7 mois 1/2 d'un fœtus mort. Ce fœtus présente de l'hydrocéphalie, des pieds bots, des mains botes et une ankylose de l'articulation du coude de chaque côté.

La ponction de l'utérus par la voie abdominale, on le voit, est sans danger pour la mère à condition de la pratiquer d'une manière antiseptique tant au point de vue de l'asepsie de la paroi abdominale que de l'asepsie des mains et des instruments.

Il est à remarquer que l'accouchement a suivi de près la ponction dans les observations que nous rapportons.

Mais la question est difficile à juger et peut-on attribuer l'avortement ou l'accouchement prématuré à la ponction ? Évidemment non, car ainsi qu'il résulte de nos observations rarement la grossesse gémellaire surtout compliquée de l'hydramnios n'arrive jusqu'à terme.

La ponction de l'utérus par la voie abdominale reste

donc le meilleur moyen de remédier aux nombreux accidents qui peuvent survenir dans les grossesses gémellaires compliquées d'hydramnios soit d'un œuf, soit des deux, lorsque la femme n'est pas à terme.

Elle est sans influence sur les fœtus et si ces derniers viennent mort-nés, c'est qu'ils présentaient quelques malformations incompatibles avec l'existence ou qu'ils étaient morts avant la ponction.

Elle seule permet de faire le diagnostic dans certains cas, elle seule pare aux accidents, elle seule est sans danger pour la mère. Elle seule enfin, et c'est sans doute un grand avantage, donne des chances de retarder l'époque de l'accouchement, ne serait-ce que de quelques semaines.

Une opération qui présente de si grands avantages et qui est si peu sérieuse si elle est bien pratiquée, ne doit donc pas être rejetée.

On peut pratiquer cette opération soit avec un trocart de grosseur moyenne, soit avec une aiguille de l'aspirateur Potain,

Le lieu d'élection semble être au niveau ou au-dessous de l'ombilic.

Mais le règle de conduite sera d'abord de bien examiner la femme et de savoir s'il y a hydramnios d'un seul œuf ou des deux. Dans le dernier cas une ponction successive des deux œufs sera quelquefois nécessaire.

Au cas où il y a seulement hydramnios d'un seul œuf c'est là où la tension sera exagérée, qu'il faudra pratiquer la ponction.

M. Lepage (*Annales de gynécologie* octobre 1888) cite

cependant une observation très intéressante de Mangiagalli, qui, chez une femme présentant une grossesse gémellaire avec hydropisie d'un seul œuf, fit une ponction et vit s'écouler très peu de liquide. La malade fut cependant soulagée. Cette femme accoucha ensuite d'un premier enfant. On rompit une deuxième poche des eaux et on recueillit 6 litres de liquide amniotique. Il existait donc deux poches distinctes avec deux placentas distincts.

Il a donc suffi dans ce cas d'évacuer une quantité minime de liquide amniotique même de l'œuf qui ne présentait pas d'hydramnios pour faire disparaître aussitôt les accidents de compression qui menaçaient la vie de la femme.

Le repos est absolument nécessaire après l'opération. Il y a aussi à se demander si en ponctionnant l'utérus, on ne peut arriver soit à blesser un fœtus soit à ponctionner un placenta. Aucune observation ne rapporte cet accident, et ainsi que l'indique M. Tillaux, rien « n'empêche que l'on ne s'assure par une palpation douce et répétée, de l'épaisseur des parois de l'utérus sur chacune des régions ; rien n'empêche qu'en étudiant les sensations fournies par la percussion, on n'arrive à se dire qu'il n'existe pas de placenta pour affaiblir ces sensations en un point donné.

« Rien n'empêche que par la palpation et l'auscultation on détermine la position du corps de chaque fœtus. »

La ponction de l'utérus ne devra jamais être pratiquée si on peut être certain que les fœtus sont morts car on peut être sûr dans ce cas que le liquide cessera

de s'accroître. Mais si au contraire la ponction a été pratiquée, et si le liquide s'est réformé dans un seul ou dans les deux œufs, il faut provoquer l'accouchement. Pour cela, on introduit, dans l'utérus, un ballon Champetier, et lorsque la dilatation est complète, ou même presque complète, on rompt la poche des eaux.

Si la femme est près du terme, mais sans début de travail, ont agit comme précédemment.

Si, au contraire, le travail est déjà commencé, si la dilatation du col est presque complète, on hâte le travail, en rompant les membranes. Les contractions de l'utérus deviendront plus fortes, l'organe n'étant plus surdistendu par le liquide.

Dans tous les cas la femme sera vite soulagée, car si les accidents ne cessent pas, dès l'évacuation au dehors du liquide amniotique, ils cesseront dès que l'expulsion des fœtus aura eu lieu, et celle-ci ne tardera pas à se faire après la rupture des membranes. Pour rompre les membranes, on peut se servir d'un perce-membranes ou simplement d'un doigt. Malgré la facilité de cette intervention, quelques précautions sont ici nécessaires. On attend, pour perforer les membranes, qu'une contraction vienne faire bomber la poche des eaux, en avant, dans le vagin ; et au cas où la tension permanente des membranes existe, on intervient de suite.

Il ne faut pas aussi permettre au liquide de s'écouler avec une trop grande vitesse. Il faut au contraire avec la main placée au devant de la vulve, diminuer la rapidité de l'écoulement et, cela, dans le but d'éviter, quand il n'y a pas d'engagement, la procidence du cordon ou

d'une partie fœtale. La rupture des membranes faite, l'accouchement se fera ordinairement très vite.

Temporiser le plus possible par la ponction, si la femme n'est pas à terme ; si elle est à terme, agir vite et sûrement en introduisant un ballon et en rompant artificiellement les membranes, telles sont donc les deux méthodes qui s'offrent et qui permettent, dans les grossesses gémellaires avec hydropisie de l'amnios, de faire pour le mieux, dans l'intérêt et de la mère et des enfants.

CONCLUSIONS

I. Le pronostic est très assombri par la présence de l'hydramnios compliquant une grossesse gémellaire :

soit au point de vue de la terminaison favorable de l'accouchement;

soit au point de vue de la mère ;

soit au point de vue des enfants.

II. Deux cas se présentent.

a). Si la femme n'est pas à terme, il faut faire tout pour prolonger la grossesse. La ponction de l'utérus par la voie abdominale répond à cette indication.

b). Si la femme est à terme, ou s'il y a début du travail.

Il faut provoquer l'accouchement, dans le premier cas, en introduisant un ballon.

Il faut hâter le travail, dans le deuxième cas, en rompant artificiellement les membranes.

Vu par le Président de la Thèse :

PINARD.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Mauriceau. 1694. *Traité des maladies des femmes grosses*, p. 173.
Puzos. 1759. *Traité des accouchements*, p. 85.
De Lamotte. 1765. *Traité des accouchements*. T. I, p. 436.
Baudeloque. *Journal de Sédillot*, an VII.
Mercier. *Journal de Sédillot*, 1812. T. 43, p. 165.
Désormeaux et Dubois. *Dictionnaire des sciences médicales*, en 30 volumes. Art. Hydromètre.
Sentex. *Bulletin médical du nord de la France*, 1872, p. 305.
Guillemet. Thèse de Paris, 1876.
Charpentier. Mémoire in *Archives de tocologie*, 1880, p. 321.
Bar. Thèse de Paris, 1881.
Tillaux. Observation in *Gazette des hôpitaux*, août 1886.
Lepage. *Annales de gynécologie*, octobre 1883.
Pinard. *Traité du palper*, p. 194.
Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Traité des accouchements*.
Tarnier et Budin. *Traité des accouchements*. Hydramnios.
Ninaud. Thèse de Paris, 1892.

